

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA



**ESTUDIO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE SÍNDROME DE
BURNOUT EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE FACULTADES DE
PSICOLOGÍA Y MEDICINA MATRICULADOS DE QUINTO A
DECIMO NIVEL Y DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA,
NUTRICIÓN Y TERAPIA FÍSICA CURSANDO DE QUINTO AL
OCTAVO SEMESTRE, DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL ECUADOR, DURANTE EL PERÍODO DE JUNIO A
JULIO DE 2016.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

PAMELA HERRERA ORMAZA

TUTOR: ANA MARÍA TROYA ZULETA

QUITO – 2016

“No creo que seamos parientes muy cercanos, pero si usted es capaz de temblar de indignación cada vez que se comete una injusticia en el mundo, somos compañeros, que es más importante”

Dr. Ernesto Guevara de la Serna

Para todos esos compañeros que se levantan día a día para dar su vida por los demás.

AGRADECIMIENTOS

A todas esas personas que han pasado por mi vida, dejando huella, y me han hecho la persona que ahora soy.

A mi familia, que me ha apoyado en todo lo que estaba a su alcance para que yo logre esta meta tan grande, este sueño tan anhelado. A mi abuelita, que ha tenido paciencia, comprensión y mucha generosidad. A mi tía Paty que con sus llamadas cambiaba mis malos días por pensamientos positivos y me demostraba que por más solo que te sientas, siempre hay alguien que está pensando en ti.

A mi mami, que a pesar de todo, ha hecho que cumpla un sueño, que en su época fue también el suyo. Y con su ausencia en estos años ha hecho que aprenda que cuando se quiere se puede, sin importar todos los obstáculos que te pongan adelante.

A mi Puli y Tomás, que por más lejos que estén siempre están en mi corazón.

A mi Luna que ha sido mi compañera de estudios durante estos seis años, y que me ha acompañado en cada palabra de este trabajo.

Al Dr. Francisco Cornejo, que ha cambiado mi vida, le ha puesto colores a mis días.

A Anita Troya por aguantar a todos estos locos soñadores, desesperados por su meta; por tu amistad, tu comprensión y tu apoyo, sin ti esta tesis no sería posible.

A Víctor Samaniego por aguantar mi estrés durante estos meses, por ser mi apoyo y mi motor para este trabajo, por tomarme de la mano en esta transición.

Y lo más importante, gracias Papito, por ser mi luz al final del día, por cada esfuerzo que hiciste por verme llegar más cerca de mis sueños, por enseñarme que no hay nada

imposible, por regalarme todos esos sueños, toda esa necesidad de ayudar, que hoy me trajo aquí y que cada día me da energías para levantarme a seguir peleando por algo mejor, por esa utopía. Gracias por ser incondicional, por ser mi mejor amigo.

Pame

RESUMEN

El síndrome de Burnout es definido como un trastorno adaptativo crónico, caracterizado por ser un proceso progresivo de agotamiento emocional, acompañado de pérdida de interés profesional y causado por periodos prolongados de exposición a altos niveles de estrés de por lo menos 6 meses. Este desgaste profesional se presenta en personas que trabajan en el ámbito de los servicios humanos, directamente con el usuario. Es constituido por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y falta de realización personal. La escala más utilizada para el diagnóstico y estratificación del síndrome es la Maslach Burnout Inventory (MBI), que consta de 22 ítems para valoración del síndrome y sus dimensiones. Este síndrome es causante de ausentismo laboral, mala atención al cliente o paciente y manifestaciones físicas y psicológicas graves. **Objetivo:** determinar y comparar la prevalencia del síndrome de Burnout en facultades relacionadas con la salud, identificar variables sociodemográficas y laborales asociadas al síndrome. **Método:** se realizó un estudio transversal analítico con 276 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 99 de la facultad de Psicología, 98 de la facultad de medicina y 79 de la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física, a quienes se envió una encuesta electrónica, que incluyó la MBI y preguntas personales y de variables sociodemográficas. Se recolectó los datos y se los analizó mediante SPSS realizando tablas cruzadas y coeficientes de contingencia. **Resultados:** la prevalencia global del SBO fue de 93.11%. Psicología presenta un 89.89% de prevalencia de SBO, medicina 95.2%, y Enfermería, Nutrición y Terapia Física 96.67%. Las tres facultades muestran resultados preocupantes de muy baja realización personal, PSI con 71.71%, MED con 77.55% y NET con 77.21%. **Conclusiones:** La Facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física presenta una mayor prevalencia del síndrome, pero la facultad de medicina presenta mayor severidad de este. La prevalencia

global y por facultades son notablemente mayores a estudios realizados tanto en la ciudad de Quito como en otros países de América Latina.

ABSTRACT

Burnout syndrome is a chronic adjustment disorder, characterized by a gradual process of emotional exhaustion, accompanied with loss of professional interest and caused by prolonged periods of exposure to high levels of stress during at least 6 months. This occupational disorder occurs particularly in people who work in the field of human services, directly with the user. It consists of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization or cynicism and lack of personal accomplishment. The most commonly used scale for diagnosis and stratification of the syndrome is the Maslach Burnout Inventory (MBI), consisting in 22 items for valuation of the syndrome and its dimensions. This syndrome causes absenteeism, poor customer service and several physical and psychological manifestations. **Objective:** To determine and compare the prevalence of Burnout syndrome in health-related schools, to identify sociodemographic and work-related characteristics associated with the syndrome. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 276 college students from the PUCE; 99 students members of the School of Psychology, 98 of the School of Medicine and 79 of the School of Nursing, Nutrition and Physical Therapy. They answered to an online survey, which included the MBI as well as personal and sociodemographic questions. **Results:** The global prevalence of Burnout Syndrome was 93.11%. The Psychology School showed a prevalence of 89.89%, the School of Medicine 95.2%, and last but not least the school of Nursing, Nutrition and Physical Therapy with a prevalence of the syndrome of 96.67%. All schools included in this study showed worrying results about very low personal accomplishment (Psychology 71.71%, Medicine 77.55%, Nursing, Nutrition and Physical Therapy 77.21%). **Conclusions:** The prevalence of Burnout Syndrome was higher at the school of Nursing, Nutrition and Physical Therapy, but medical school has bigger severity of it.

The global and individual (each school) prevalence are significantly higher as other studies in Quito and in other countries in Latin America.

LISTA DE ABREVIACIONES

SBO: Síndrome de Burnout

AE: Agotamiento emocional

DP: Despersonalización y cinismo

BRP: Baja realización personal

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

MED: Facultad de Medicina

PSI: Facultad de Psicología

NET: Facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

HCAM: Hospital Carlos Andrade Marín

UCI: Cuidados intensivos

UCIN: Cuidados intensivos neonatales

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
------------------------------	----------

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. HISTORIA DEL BURNOUT	7
2.2. DEFINICIONES	10
2.3. EPIDEMIOLOGÍA	14
2.3.1. EUROPA Y ESTADOS UNIDOS	15
2.3.2. ÁFRICA	16
2.3.3. AMÉRICA LATINA	16
2.3.4. ASIA	18
2.4. FACTORES DE RIESGO	19
2.4.1. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES	20
2.4.1.1. CONFIGURACIÓN DEL TRABAJO	20
2.4.1.2. CONDICIONES DEL TRABAJO	23
2.4.2. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	25
2.4.2.1. PERSONALIDAD	25
2.4.2.1.1. LOS CINCO FACTORES	26
2.4.2.1.1.1. NEUROTICISMO	26
2.4.2.1.1.2. EXTRAVERSIÓN	27
2.4.2.1.1.3. AMABILIDAD	27
2.4.2.1.1.4. APERTURA	28
2.4.2.1.1.5. RESPONSABILIDAD	28
2.4.2.1.2. OTROS RASGOS DE LA PERSONALIDAD	28
2.4.2.1.3. COMPORTAMIENTO	30
2.4.3. FACTORES GENÉTICOS	31
2.4.4. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	31
2.4.4.1. SEXO	31
2.4.4.2. EDAD	32
2.4.4.3. ESTADO CIVIL	32
2.4.4.4. ESTUDIANTES	33
2.5. ETIOPATOGENIA	34
2.5.1. TEORÍA SOCIOCOGNITIVA DEL YO	35

2.5.1.1.	COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON (1993) Y MODELO DE PINES	36
2.5.1.2.	MODELO DE CHERNISS (1993)	36
2.5.1.3.	MODELO DE AUTOCONTROL DE THOMPSON, PAGE Y COOPER	37
2.5.2.	TEORÍA DEL INTERCAMBIO SOCIAL	37
2.5.2.1.	MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUUNK Y SCHAUFELI	38
2.5.2.2.	MODELO DE CONSERVACIÓN DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDY	39
2.5.3.	TEORÍA ORGANIZACIONAL	39
2.5.3.1.	MODELO DE GOLEMBIEMWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER	39
2.5.3.2.	MODELO DE COX, KUK Y LEITER	40
2.5.3.3.	MODELO DE WINNUST	41
2.6.	FISIOPATOLOGÍA	42
2.6.1.	FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS	42
2.6.2.	NEUROBIOLOGÍA DEL ESTRÉS	44
2.6.3.	FISIOPATOLOGÍA DEL BURNOUT	45
2.7.	CUADRO CLÍNICO	45
2.8.	DIAGNÓSTICO	49
2.9.	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	54
2.9.1.	ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO	57
2.9.2.	ESTRATEGIAS SOCIALES	58
2.9.3.	ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES	59
2.9.4.	PROGRAMAS	59

CAPÍTULO III

3.	METODOLOGÍA	61
3.1.	PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	61
3.2.	OBJETIVOS	61
3.2.1.	OBJETIVO GENERAL	61
3.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
3.3.	HIPÓTESIS	62
3.4.	TIPO DE ESTUDIO	62
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO	63
3.6.	MUESTRA	64
3.7.	RECOLECCIÓN DE DATOS	67

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	68
3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	68
3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS	69
 CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS	70
4.1. TAMAÑO MUESTRAL	70
4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	71
4.3. SÍNDROME DE BURNOUT, AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y DESPERSONALIZACIÓN Y FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL	72
 CAPÍTULO V	
5. DISCUSIÓN	81
 CAPÍTULO V	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
6.1. CONCLUSIONES	87
6.2. RECOMENDACIONES	88
 7. LITERATURA CITADA	 91
 8. TABLAS.....	 99
 9. FIGURAS.....	 140
 10. ANEXOS	 159

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Porcentaje de SBO según trabajo extra académico	100
Tabla 2.	Porcentaje de RP según trabajo extra académico	100
Tabla 3.	Porcentaje de Síndrome de Burnout según vivienda compartida ..	100
Tabla 4.	Porcentaje de RP según vivienda compartida	101
Tabla 5.	Porcentaje de SBO por semestre/ Nivel en cada facultad	101
Tabla 6.	Porcentaje de AE por semestre/ Nivel en cada facultad	101
Tabla 7.	Porcentaje de DC por semestre/ Nivel en cada facultad	101
Tabla 8.	Porcentaje de RP por semestre/ Nivel en cada facultad	102
Tabla 9.	Porcentaje de SBO por sexo en cada facultad	102
Tabla 10.	Porcentaje de AE por sexo en cada facultad	102
Tabla 11.	Porcentaje de RP por sexo en cada facultad	102
Tabla 12.	Porcentajes SBO según vivienda compartida por facultad	103
Tabla 13.	Porcentajes AE según vivienda compartida por facultad	103
Tabla 14.	Porcentaje DC según vivienda compartida por facultad	103
Tabla 15.	Porcentaje de SBO según tipo de práctica preprofesional	104
Tabla 16.	Porcentaje de AE según tipo de práctica preprofesional	104
Tabla 17.	Porcentaje de DC según tipo de práctica preprofesional	105
Tabla 18.	Porcentaje de RP según tipo de práctica preprofesional	106
Tabla 19.	Porcentaje de SBO según facultad y trabajo extra académico	106
Tabla 20.	Porcentaje de AE según facultad y trabajo extra académico	107
Tabla 21.	Porcentaje de DC según facultad y trabajo extra académico	108
Tabla 22.	Porcentaje de RP según facultad y trabajo extra académico	108
Tabla 23.	Porcentaje de SBO según trabajo extra académico	109
Tabla 24.	Porcentaje de RP según trabajo extra académico	109
Tabla 25.	Porcentaje de Síndrome de Burnout según vivienda compartida ..	110
Tabla 26.	Porcentaje de RP según vivienda compartida	113
Tabla 27.	Porcentaje de SBO por semestre/ Nivel en cada facultad	117
Tabla 28.	Porcentaje de AE por semestre/ Nivel en cada facultad	120

Tabla 29.	Porcentaje de DC por semestre/ Nivel en cada facultad	123
Tabla 30.	Porcentaje de RP por semestre/ Nivel en cada facultad	124
Tabla 31.	Porcentaje de SBO por sexo en cada facultad	125
Tabla 32.	Porcentaje de AE por sexo en cada facultad	126
Tabla 33.	Porcentaje de RP por sexo en cada facultad	128
Tabla 34.	Porcentajes SBO según vivienda compartida por facultad	131
Tabla 35.	Porcentajes AE según vivienda compartida por facultad	133
Tabla 36.	Porcentaje DC según vivienda compartida por facultad	134
Tabla 37.	Porcentaje de SBO según tipo de práctica preprofesional	134
Tabla 38.	Porcentaje de AE según tipo de práctica preprofesional	135
Tabla 39.	Porcentaje de DC según tipo de práctica preprofesional	136
Tabla 40.	Porcentaje de RP según tipo de práctica preprofesional	137
Tabla 41.	Porcentaje de SBO según facultad y trabajo extra académico	138
Tabla 42.	Porcentaje de AE según facultad y trabajo extra académico	139

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Porcentaje de estudiantes por semestre/nivel	141
Figura 2.	Porcentaje por sexo	142
Figura 3.	Porcentajes de estudiantes por estado civil	142
Figura 4.	Porcentaje de estudiantes que realizan trabajo extra-académico	143
Figura 5.	Porcentaje de vivienda compartida	143
Figura 6.	Frecuencias síndrome de Burnout	144
Figura 7.	Frecuencia agotamiento emocional	144
Figura 8.	Frecuencia despersonalización	145
Figura 9.	Frecuencia realización personal	145
Figura 10.	SBO por facultad	146
Figura 11.	Porcentaje de AE por facultad	146
Figura 12.	Porcentaje de despersonalización y cinismo por facultad	147
Figura 13.	Porcentaje de estudiantes por grado de realización personal (RP) y facultad	147
Figura 14.	Porcentajes de SBO por sexo	148
Figura 15.	SBO según tipo de trabajo en prácticas preprofesionales	148
Figura 16.	SBO según trabajo extra académico	149
Figura 17.	RP según trabajo extra académico	149
Figura 18.	Porcentaje de SBO según vivienda compartida	150
Figura 19.	Porcentajes de realización personal según vivienda compartida	150
Figura 20.	MCA de variables	151
Figura 21.	Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Psicología ...	152
Figura 22.	Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Medicina ...	152
Figura 23.	Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física	153
Figura 24.	Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Psicología	153
Figura 25.	Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Medicina	154
Figura 26.	Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física.....	154

Figura 27.	Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Psicología	155
Figura 28.	Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Medicina	155
Figura 29.	Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física	156
Figura 30.	Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Psicología	156
Figura 31.	Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Medicina	157
Figura 32.	Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física	157
Figura 33.	Porcentaje de AE por sexo en la facultad de Psicología	158
Figura 34.	Porcentaje de RP por sexo en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física	158

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	159
ANEXO 2.	ENCUESTA	161

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Muchos de los estímulos percibidos y la presión ejercida por la sociedad sobre cada individuo alteran el correcto desenvolvimiento de sus facultades físicas, psíquicas y emocionales. Es tanta la información que se necesita analizar y resolver que la mente literalmente se “funde”, no responde; la mirada queda perdida tratando de reanimarse sin conseguirlo.

Actualmente este grupo de sensaciones se engloba en una sola palabra “estrés”, el mismo que ya no es conocido como un síntoma, sino más bien como una verdadera enfermedad, la enfermedad del siglo XXI. Personas que tienen a su cargo grandes responsabilidades y obligaciones, especialmente en determinadas áreas de trabajo académico, profesional, voluntario y doméstico que se realizan directamente con el usuario, son las más afectadas. Desarrollándose en ellas una variada sintomatología (Martínez Pérez, 2010).

Los estudiantes de Psicología, Medicina, Enfermería, Nutrición y Terapia Física tienen a su cargo un gran compromiso, siendo ellos quienes aparte de tener que cumplir una gran carga horaria y académica que se imparte en la universidad, están obligados y seguir horas de práctica en las que están bajo continuo estrés, escuchando problemas tanto psicoemocionales como físicos de pacientes enfermos o de gran dependencia.

El Síndrome del quemado por el trabajo fue descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (Martínez Pérez, 2010). Sin embargo el término

Burnout (por su significado en inglés) se comenzó a utilizar en el año 1977, tras una convención de la asociación Americana de Psicología, en la cual se conceptualizó el síndrome como un trastorno adaptativo crónico, caracterizado por ser un proceso progresivo de agotamiento emocional, acompañado de pérdida de interés profesional y causado por periodos prolongados de exposición a altos niveles de estrés de por lo menos 6 meses. Este desgaste profesional se presenta en personas que trabajan en el ámbito de los servicios humanos, directamente con el usuario (Martínez Pérez, 2010). Aunque esta sintomatología también puede aparecer en trabajadores de tipo administrativo o manual, se presenta con menos frecuencia y podría no conceptualizarse como Burnout (Buendía & Ramos, 2001).

El síndrome de desgaste laboral propiamente dicho se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional reducida, esto fue descrito en 1982, cuando la psicóloga Christina Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrollo un cuestionario compuesto de 22 ítems, la "Maslach Burnout Inventory", basado en las respuestas de trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar estas tres características básicas del síndrome (Elmore, Jeffe, Jin, Awad, & Turnbull, 2016). Esta escala ha tenido tres diferentes revisiones, en las cuales se ha incluido las profesiones no asistenciales y se ha cambiado el término despersonalización a cinismo y realización profesional reducida a ineficiencia. Así, el termino agotamiento significa tener el sentimiento de no poder ofrecer nada de uno mismo en el ámbito emocional. Cinismo es tener una actitud distante con relación al trabajo, los usuarios y los colegas. E ineficiencia se conceptualiza dentro de estos estudios como el sentimiento de no realizar tareas adecuadamente y ser incompetente en el trabajo (Montero-Marin, Garcia-Campayo, Mosquera, & Lopez Del Hoyo, 2009).

Posteriormente, en 1987 Burke propone complementar lo acuñado por Maslach, proponiendo que el Burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral, caracterizado por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad, distanciamiento emocional y aislamiento. Además en el año 2000 Farber propone cuatro variables necesarias para el desarrollo de esta patología, que incluye presión de satisfacer demandas de otro, intensa competitividad, deseo de obtener más dinero y sensación de ser desprovisto de algo que merece (Montero-Marin, Garcia-Campayo, Mosquera, & Lopez Del Hoyo, 2009).

Maslach observó que no solo los profesionales padecían de esta patología sino que también existen estudiantes relacionados con el ámbito de la salud que sufren esta trastorno adaptativo. En caso de los estudiantes el síndrome se caracteriza, según Maslach, por agotamiento en respuesta a exigencias intensas de estudio, descreencia o actitud distanciada del ámbito de los estudios y percepción de baja eficacia profesional.

Se presume que el síndrome de Burnout de los estudiantes relacionados con la salud está dado por: el ingreso al ambiente hospitalario, el contacto permanente con pacientes enfermos, la realización y la aplicación de nuevos procedimientos con los cuales el estudiante solo conocía teóricamente, relaciones de poder con los profesores, actitudes negativas, malos tratos o desatención de personal médico y de enfermería que trabaja con el estudiante, además de relación directa con la muerte de los pacientes o problemas psicológicos y psiquiátricos de estos. Para ser más específicos, este síndrome se da por un desequilibrio de expectativas individuales y la realidad del trabajo diario, lo que puede traer grandes cargas de estrés y angustia a los estudiantes.

Investigaciones como la realizada en la Universidad de Nueva Granada de Bogotá, Colombia muestran que un 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout

(Paredes & Sanabria-Fernand, 2008), en la Habana, Cuba los resultados fueron del 22.3% en trabajadores en atención primaria (Cabrera, 2006), en Nicaragua tuvo una prevalencia del 23.4% de la muestra total, con predominio del sexo femenino en un 56.9%, con prevalencia en las edades de 40 – 49 años con un 29.3% (Rios, 2007).

El síndrome de Burnout es considerado como un proceso continuo, en cuya evolución se presentan una serie de fases (Fernández Vázquez, Gómez Cantorna, Lago Cancelo, Soto Cid, & Vidal Tubío, 2015):

1. Fase de estrés laboral. En el cual ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos junto con los materiales, lo que ocasiona una situación de estrés.
2. Fase de exceso o sobreesfuerzo. En la que el sujeto trata de dar una respuesta emocional al desajuste a que está sometido, realizando sobreesfuerzo, que motiva la aparición de síntomas emocionales y signos o síntomas laborales.
3. Fase de enfrentamiento defensivo. En esta hay un cambio de actitudes y conductas, empleadas por el individuo para defenderse de las tensiones a que se ve sometido. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas.

El síndrome se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores que se relacionan directamente con pacientes/clientes, por lo que se podría deducir que la atención al paciente es el principal factor de riesgo. Seguido por: La edad, ya que los primeros años de carrera profesional es el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana (Martínez Pérez, 2010). El sexo femenino el cual el

grupo más vulnerable, talvez por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar (Buendía & Ramos, 2001). La ausencia de redes de apoyo, Sobrecarga laboral.

De acuerdo con los estudios realizados se establecen etapas dentro del proceso de instauración del síndrome:

- ✓ Exceso de demanda laboral.
- ✓ Sobre esfuerzo con ansiedad y fatiga.
- ✓ Desmoralización y pérdida de ilusiones.
- ✓ Pérdida de la vocación.

De acuerdo a los grados del síndrome, presenta algunos efectos:

Leve: presenta cefalea, lumbalgia, contracciones musculares, Cambios en el carácter y disminución de operatividad laboral y eficacia.

Moderado: Alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse y problemas en las relaciones interpersonales, Cambios en el peso, disminución del apetito sexual, pesimismo y Automedicación.

Grave: Disminución marcada de la productividad laboral, Aumento en el ausentismo y sensación de disgusto junto con baja autoestima, abuso de alcohol y/o psicofármacos.

Extremo: Cuadros de aislamiento y/o sentimiento de pena y tristeza, Sensación de fracaso acompañado de falta del sentido del trabajo y de la profesión, además riesgo de suicidio (Miller, 1996) (Schaufeli, Maslach , & Marek, 1993).

Es importante conocer también las manifestaciones de cada una de las características del síndrome, así el Agotamiento emocional se manifiesta con abatimiento, ansiedad e irritabilidad. La despersonalización presenta actitudes negativas y de insensibilidad hacia los usuarios o receptores de servicios, aislamiento y frecuentemente tienden a culpar a otros por sus fracasos. Y por último la falta de realización personal se manifiesta con bajo rendimiento laboral, depresión profunda, incapacidad para centrarse en el trabajo diario y sentimientos de frustración e incompetencia.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. HISTORIA DEL BURNOUT

Actualmente el síndrome de Burnout tiene una gran importancia en la sociedad, debido al aumento en la prevalencia e incidencia de este y sobre todo por el costo que representa no solo para el individuo que lo padece, sino para el sector de la salud y para las entidades empleadoras. Por lo que ha sido estudiado ampliamente desde 1974 cuando se utilizó por primera vez el término “Burnout”. Llegando a desarrollar modelos etiopatológicos, nuevos conocimientos y cambios durante la historia. Así las bases de datos científicas como PUBMED muestran actualmente más de 10700 publicaciones sobre síndrome de Burnout o quemado por el trabajo.

Como término en el lenguaje, Burnout es utilizado desde 1905 dentro de campos como la física y la ingeniería (Oxford University, 2016); y como ya se ha mencionado, posteriormente utilizado por la psicología para nombrar a este síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y falta de realización personal. Pero se lo ha descrito varias veces durante la historia, empezando por el antiguo testamento que describe al profeta Elías quien tras confrontar persistentes obstáculos y sufrir una importante derrota, siente caer en una profunda desesperación, decepción, cansancio intenso y separación social, lo que fue llamado posteriormente “fatiga de Elías” por los religiosos y clérigos de antaño. (Muheim, 2013).

El síndrome de Burnout ha sido descrito múltiples veces en la literatura universal, por Shakespeare en 1599 y en 1901 por Mann¹ en su libro “los Buddenbrooks”, en los cuales

¹ Thomas Mann (1875-1955) escritor alemán nacionalizado estadounidense, ganador del premio Nobel de Literatura en 1929 por su libro “los Buddenbrooks”, destacada como “una de las obras clásicas de la literatura contemporánea”

aparecen personajes con características típicas del síndrome. Además ha sido descrito en literatura médica mucho antes de 1974 cuando Freudenberg² analizó y nombró el síndrome. En 1875 Bread³ describió al síndrome como neurastenia y como un producto del cambio tecnológico (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). En 1911 se describió la “enfermedad de los profesores” en el artículo alemán “Oberpfälzer Schulanzeiger” de Schneider, en el que describía típicos síntomas del actual síndrome de Burnout, además de enlistar síntomas como trastornos del sueño, hipersensibilidad de piel, ojos y oídos, cefalea, fatiga, alteraciones de concentración, disminución del rendimiento, pérdida de apetito e incapacidad para trabajar, nuevamente nombrado neurastenia (Körner, 2003).

Posteriormente, en 1953, M.S. Schwartz y G.T. Will presentaron uno de los artículos más citados y utilizados para el estudio de este síndrome, el estudio de Mrs. Jones (enfermera de psiquiatría). Este artículo describe el estado de baja moral del personal de Psiquiatría, y sus efectos sobre la atención a pacientes internados. Mrs. Jones presentaba rechazo ante sus compañeros de trabajo y hacia nuevas ideas que estos le daban, sentimiento de abandono por el hospital y rechazo de los pacientes hacia el cuidado que ella les prestaba. Por lo que describen el mecanismo de afrontamiento y de “retiro mutuo”, que se da cuando el personal espera ayuda de sus compañeros pero no la recibe, lo que causa rechazo, el cual es reflejado en la atención prestada a los pacientes, y al mismo tiempo los pacientes percibiendo este sentimiento negativo, también lo afrontan rechazando los cuidados de este personal, causando un mayor nivel de malestar (Schwartz & Will, 1953).

² Herbert J. Freudenberg (1927-1999) Psicólogo alemán- estadounidense, conocido por trabajar en el ámbito del estrés, el Burnout y el abuso de sustancias

³ George Miller Bread (1839-1883) medico estadounidense que trabajó en la aplicación de electricidad en la medicina, posteriormente profesor en neurología de la universidad de Nueva York. Autor del concepto neurastenia

Freundenberg en 1974 publica oficialmente el término Burnout, como “un padecimiento de desmoralización, desilusión y cansancio que se da específicamente en trabajadores ingenuos de un servicio idealista”, lo que describe la personalidad de los individuos que desarrollaban estos síntomas, dando a entender que este síndrome se presenta en personas con altas expectativas sobre la ayuda que prestan. Lo cual observó en voluntarios que trabajaban en una clínica para toxicómanos en Nueva York, ellos sufrían falta de energía, pérdida de motivación y compromiso, además de una amplia gama de síntomas físicos y mentales, esto se desarrollaba al año de trabajar en la clínica.

Previamente ya se había utilizado este término de Burnout para describir sintomatología relacionada con el síndrome. En el ámbito de la literatura, en 1960, G. Greene⁴ publica una novela en la que se narra la historia de Querry un arquitecto de carácter melancólico y desengañado, que presenta síntomas de fatiga, apatía, agresión e ironía. Quien cansado de su fama, viaja anónimamente al Congo a prestar su ayuda en un leprocomio, donde es diagnosticado por un médico residente, el Dr. Collin, de “caso de Burnout”, que es un padecimiento mental que se daba en pacientes con lepra que ya habían pasado por el estado de mutilación. En cambio, en el ámbito de la ciencia, Bradley⁵ en 1969 usó por primera vez el término Burnout para referirse a un fenómeno psicológico que se daba en oficiales que trabajaban con jóvenes delincuentes en libertad condicional.

En 1976 Christina Maslach⁶ también inicia su investigación sobre el síndrome de Burnout por la parte científica (investigación y teoría), paralelamente el estudio de Freundenberg, va por el camino de lo práctico (evaluación, prevención y tratamiento). La investigación

⁴ Graham Greene (1904-1991) escritor, guionista y crítico británico, galardonado por “La orden de mérito del Reino Unido”.

⁵ H.B. Bradley psicólogo estadounidense

⁶ Christina Maslach (1946) psicóloga estadounidense experta en síndrome de Burnout. Actualmente profesora del departamento de Psicología y vicedirectora del pregrado de la Universidad de Berkeley California.

inició con la “fase pionera” que incluye la descripción del síndrome, la asignación de nombre y la investigación basada en experiencias de trabajadores relacionados con los servicios humanos y de salud que se encargan de proporcionar ayuda a los que más lo necesitan. Posteriormente la investigación pasó a la “fase empírica” en la que se desarrollaron herramientas para el diagnóstico y estudio del síndrome, en la cual se creó la MBI (Maslach Burnout Inventory) para clasificar el síndrome. Y se describió sus principales características:

- Prestación de un servicio exigente y absorbente
- Agotamiento emocional desproporcional a la magnitud de la carga laboral
- Despersonalización o cinismo al estar bajo estrés
- Falta de realización personal

Actualmente el síndrome de Burnout o está clasificado dentro del manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales pero se encuentra dentro de la codificación internacional de enfermedades décima edición como Z-73 y se describe como problemas asociados a dificultades para hacer frente a la vida.

2.2. DEFINICIONES

El termino Burnout viene del inglés y es utilizado en varios campos como la física, la ingeniería, la química y la psicología. El diccionario contempla varias definiciones (Oxford University, 2016):

- 1) Destrucción total de una edificación a causa del fuego
- 2) La reducción de un carburante o una sustancia a nada mediante la combustión

- 3) Terminación de la energía de un cohete por combustión efectiva y agotamiento del propulsor o fin de la propulsión accionada de un cohete
- 4) Daño de una lámpara, motor, fusible u otro dispositivo eléctrico a causa de la energía que pasa a través de él.
- 5) Colapso físico o mental causado por estrés o exceso de trabajo.

El termino Burnout traducido literalmente al español significa “agotamiento”, pero para nombrar al síndrome se utiliza el término “quemado por el trabajo”, que en resumen se define como la depleción prolongada de energía del individuo, caracterizada por agotamiento emocional, baja realización personal y sentimiento de insuficiencia y despersonalización (Shirom, 1989). El cual tiene distintas definiciones dependiendo del autor.

Según Freudenberg es un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo. Las personas con riesgo a desarrollar este síndrome son idealistas, optimistas e ingenuas y se entregan en exceso al trabajo para conseguir una buena opinión de sí mismos (Freudenberger, 1974).

Maslach y Jackson publicaron en 1986 que el Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas. Estableciendo que el agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. La despersonalización consiste en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y cinismo hacia los receptores de un servicio prestado, por lo que posteriormente Maslach cambió el término despersonalización por cinismo para describir el síndrome. Y por último la falta de

realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, los afectados se reprochan no haber alcanzado objetivos propuestos con vivencia de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (Maslach & Jackson, 1986).

Pines y Aronson⁷ lo definen como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionales demandantes. Especifica que el agotamiento emocional se da con sintomatología de baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia gama de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional se expresa con sentimiento de incapacidad, desesperanza y desalineación con el trabajo, además de desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hacia la vida (Pines & Aronson, 1998). Lo importante a destacar en este autor es que en 1988, asevera que este síndrome no solo se da en trabajadores sociales y de la salud como los demás autores aseguraban, sino que puede presentarse en obreros, políticos y administrativos. Además que le da importancia a las relaciones interpersonales que se dan en el trabajo, la supervisión, las oportunidades de aprendizaje continuo y de desarrollo de la carrera profesional como factores que intervienen en el desarrollo de este síndrome.

En 1984, Brill describió al síndrome como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas. Brill aclara también que cualquier malestar por

⁷ Elliot Aronson (1932) psicólogo-social estadounidense autor de la "jingsaw Clasrrom", dedicado a la disminución del maltrato interétnico.

salario insuficiente, dificultades físicas, incompetencia por falta de conocimientos u otro trastorno mental existente no es catalogado como Burnout, ya que no están mediados por expectativas iniciales no satisfechas.

Cherniss⁸ define al síndrome como cambios personales negativos que ocurren a lo largo de tiempo en trabajadores con labores frustrantes o con excesivas demandas.

Y por último, Edelwich y Brodsky en 1980 describen que “es una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de las profesiones asistenciales” aumentando a su descripción las 4 fases por las que pasa el individuo que padece el síndrome (Edelwich & Brodsky, 1980), las cuales son:

- 1) Fase de entusiasmo: hay altas expectativas profesionales, poco realistas
- 2) Fase de estancamiento: el profesional observa que su trabajo no siempre tiene en resultado esperado de reconocimiento por sus superiores o por el cliente, es una etapa en la que es fácil contagiarse del pesimismo de los compañeros que ya están afectados por el síndrome.
- 3) Fase de frustración: el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes e insatisfacción que iniciaron en etapas anteriores se manifiestan ampliamente
- 4) Fase de apatía o de indiferencia hacia el trabajo, es el Burnout propiamente dicho (Cáceres Bermejo, 2006)

A pesar de las distintas definiciones, la primera vez que se llegó a un consenso en cuanto a la definición del síndrome fue en el año 1977 cuando se realizó la convención de la asociación Americana de Psicología y se conceptualizó al síndrome como un trastorno

⁸ Cary Cherniss psicólogo estadounidense especializado en inteligencia emocional, estrés laboral desarrollo de liderazgo y cambio organizacional planificado.

adaptativo crónico, caracterizado por ser un proceso progresivo de agotamiento emocional, acompañado de pérdida de interés profesional y causado por periodos prolongados de exposición a altos niveles de estrés de por lo menos 6 meses. Este desgaste profesional se presenta en personas que trabajan directamente con el usuario, relacionadas con servicios humanos (Martínez Pérez, The Burnout Syndrome. Overview and Development, 2010). Por lo tanto, en ese momento el síndrome de Burnout todavía se limitaba a trabajadores de la salud, profesores y trabajadores sociales que tenían contacto directo con el cliente. Posteriormente se incluye otros grupos laborales, por lo cual C. Maslach modifica su escala para cada grupo laboral y se logra determinar que el síndrome de quemado por el trabajo o de desgaste laboral se puede presentar en cualquier trabajador con factores de riesgo, sintomatología específica y probablemente un tipo puntual de personalidad, ya que se ha establecido que las personas que son perfeccionistas, excesivamente demandantes de sí mismas y muy responsables son en su mayoría quienes desarrollan el síndrome.

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Existen numerosos estudios internacionales sobre la prevalencia del síndrome de Burnout o de Quemado por el trabajo, pero no se ha podido establecer el número de casos a nivel mundial, ya que existen varios factores que alteran la estadística dependiendo de las condiciones sociodemográficas y económicas de cada continente, país, región, incluso dependiendo de la organización en la que trabajan los individuos estudiados, por lo que se analizarán los datos basados en estudios regionales y por continente. La mayoría de análisis estadísticos sobre este tema son realizados en Europa y Estados Unidos. Lastimosamente existen pocos estudios en América Latina, de los cuales la mayoría son

realizados en Brasil, lo que podría sesgar el análisis global de la prevalencia en ese continente, por las diferencias culturales y económicas que hay entre países.

2.3.1 EUROPA Y ESTADOS UNIDOS

Los estudios de Burnout en Europa y Estados Unidos son en su mayoría realizados a trabajadores de la salud y profesores, por ser las profesiones más afectadas por esta patología. En 2011 se analizaron varios estudios en Europa, que determinan que hay un amplio rango de casos de síndrome de Burnout en médicos, el cual va de 2.4% a 72% dependiendo de su especialidad. Además que se ha observado que este síndrome está asociado con disminución del bienestar, aumento del ausentismo, además de baja calidad del cuidado tanto médico como de enfermería (Roth, y otros, 2011).

En Escocia en 2001 se realizó un estudio en enfermeras de psiquiatría, con el que se determinó que 42% tienen altos niveles de agotamiento emocional (Kilfedder, 2001). En Francia un tercio del personal de enfermeras y la mitad del personal médico de cuidados intensivos presentan altos niveles de Burnout, específicamente la despersonalización se presenta en 37% de ellos y casi el 50 % de enfermeras y médicos intensivistas tienen deseo de dejar su trabajo. En el análisis de estos estudios también se ha determinado que en enfermeras, el síndrome está asociado con menor edad, conflictos con pacientes, problemas organizacionales, relaciones con jefes de enfermería o médicos y atención a pacientes moribundos. En Grecia incluso se ha determinado por el alto porcentaje de residentes de medicina con Burnout, una estrategia para reducir el síndrome, deshabilitando a los residentes que lo padecen y modificando las perspectivas académicas y profesionales (Vázquez-Cabrera & Carod-Artal, 2013).

En Estados Unidos se han realizado pruebas de Burnout en estudiantes de medicina, y se ha establecido que un 50% de estudiantes padecen el síndrome, este rango aumenta en individuos que han sufrido eventos vitales negativos.

2.3.2 ÁFRICA

Para África existe un estudio en 2011 en Malawi en el que se observó que tres cuartas partes de los trabajadores de la salud presentan agotamiento emocional, para ser más precisos, se habla de un 72% del personal de salud, el 43% presentan despersonalización, y 74% falta de realización personal. Además es importante recalcar que la mayor parte de los afectados por síndrome de quemado por el trabajo están relacionados con atención materno-fetal. Para esta población de países en vías de desarrollo existen factores que aumentan la prevalencia del síndrome, como son la falta de recursos, la falta de control sanitario, dificultades en horarios de trabajo (sobrecarga), inadecuada seguridad, poca accesibilidad a carreteras, salarios bajos y cuidados a pacientes infectados con VIH. Existen estudios también en Ghana, Nigeria y Kenia, en los que se ha encontrado resultados similares. En Kenia en 2003 se observó que el 47,8% de los trabajadores de la salud presentaban despersonalización, 38% agotamiento emocional y 37,3% falta de realización personal (Vázquez-Cabrera & Carod-Artal, 2013).

2.3.3 AMÉRICA LATINA

En América Latina no existen muchos estudios relacionados al tema de síndrome de Burnout, la mayoría fueron realizados en Brasil, empezando por Sao Paulo donde se estableció que el síndrome de Burnout representa 24% de los trabajadores de salud

comunitaria, de los cuales 71% presentaba agotamiento emocional, 35% despersonalización y 47.5% falta de realización personal.

También se realizó estudios en el hospital de Tubarao en Santa Catalina, en el que 42.6% presentan síndrome de Burnout, pero analizado por especialidades: los trabajadores de cuidados intensivos representan el 25.9% y de cuidados intensivos neonatales desarrollaron el síndrome en el 18.5%

En Salvador de Bahía 7.4% de médicos de UCI presentan síndrome de quemado por el trabajo, lo que está asociado a exceso de horas de trabajo. También se estudió la prevalencia del síndrome en cuidadores de pacientes portadores de VIH, quienes 26,4% presentaron la patología desarrollando agotamiento emocional y despersonalización.

En el continente se han realizado otros estudios como en Argentina, donde se analizó a 106 residentes de cardiología, de los cuales 104 presentaron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización (Waldman, y otros, 2009).

Dentro de otros artículos latinoamericanos, existe una investigación en estudiantes de medicina en Manizales Colombia, cuyos resultados son importantes, ya que es la sociedad más cercana y similar a la del presente estudio. Se tomó una muestra de 234 estudiantes, y se obtuvo que 34% fue catalogado de síndrome de Burnout con valores máximos de agotamiento emocional de 42,3%, cinismo 35,7% y falta de realización personal de 39%. Además de que el 60,5% de los estudiantes presentaron ansiedad, 30,5% depresión, 11,8% riesgo de suicidio y 40% acoso laboral (Arango Agudelo, y otros, 2009).

2.3.4 ASIA

En Asia se han realizado muchos estudios sobre el síndrome de Burnout en la última década. Siempre se tiene como referencia de este continente a Japón y China, países en los cuales existe bajo índice de Burnout por medidas preventivas que se han implementado por la carga laboral excesiva y los altos niveles de estrés que existen en estos países. Pero Asia no solo comprende estos países. Países como Singapur, Mongolia y países musulmanes como Turquía e Irán presentan un aumento en las estadísticas de este síndrome. En Singapur se han realizado estudios en personal médico y de enfermería, el cual reporta que los altos niveles de Burnout están relacionados con dificultades con los pacientes, conflictos con los colegas y en el ámbito organizacional, el síndrome está relacionado con la falta de participación del personal en la planificación y dificultades para hacer cambios organizacionales. En Mongolia se detectó el aumento de la incidencia del síndrome por exceso de horas de trabajo y se observó que el desarrollo de este síndrome es mayor en médicos de sexo femenino que en el masculino y es aún mayor en enfermeras mujeres que en doctoras, lo que está relacionado con el cuidado diario que presta el servicio de enfermería de los hospitales (Bagaajav, Myagmarjav, Nanjid, Otgon, & Chae, 2011). En Turquía la incidencia del síndrome es mayor en trabajadores pediátricos y en Irán los individuos afectados con el síndrome de quemado por el trabajo presentan falta de satisfacción en el trabajo e influye mucho también el desequilibrio entre las demandas laborales y las familiares (Vázquez-Cabrera & Carod-Artal, 2013).

Otro estudio en Arabia Saudita demuestra que hay un alto índice de Burnout en enfermeras extranjeras, en las que la despersonalización se presenta en un 42%, el agotamiento emocional en un 45% y la baja realización personal en un 71,5%. Además se detectó que enfermeras casadas eran más propensas al desarrollo del síndrome. Fue importante destacar en este estudio que las enfermeras nacionales no desarrollaban el

síndrome en la misma medida, por lo que se determinó el trabajar lejos de su país de origen como factor de riesgo en este estudio (Al-Turki, y otros, 2010).

2.4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo están definidos como “Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición medioambiental o característica innata o heredada, que basándose en la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación, relacionada con la salud, que se desea prevenir” (BVS, 2016). Por lo tanto son causas internas y externas que aumentan las posibilidades de un individuo de desarrollar una enfermedad. Estos factores pueden ser modificables y no modificables.

En el caso del síndrome de Burnout se ha determinado que existen factores de riesgo relacionados con el ambiente y las condiciones de trabajo, además de factores dependientes de cada individuo, ya que se ha observado que en un mismo ambiente laboral y bajo las mismas tareas y estresores, algunos individuos desarrollan el síndrome con mayor facilidad y rapidez que otros o simplemente no lo desarrollan.

A pesar de este dato, Maslach y Leiter en 1997 indicaron que los factores estresantes del ambiente laboral son predictores mucho más importantes que los factores del individuo, como la personalidad (Maslach & Leiter, The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. , 1997). Y enumeran 6 influencias para el desarrollo del síndrome:

- 1) La carga laboral y su intensidad, demandas de tiempo y complejidad
- 2) Falta de control del individuo para establecer y seguir prioridades día a día

- 3) Recompensa o refuerzo insuficiente, continuo sentimiento de tener que hacer más con menos.
- 4) El sentimiento de una comunidad, en la que las relaciones se vuelven impersonales y el trabajo en equipo es menospreciado
- 5) Ausencia de imparcialidad y justicia. falta de confianza apertura y respeto
- 6) Valores conflictivos, en los que las decisiones son hechas por el administrador y entran en conflicto con la misión inicial o con los valores del individuo.

2.4.1. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Son factores de riesgo externos al individuo, los cuales son modificables y están relacionados con el trabajo. Para el estudio del síndrome de quemado por el trabajo, se determinó que el estrés es un peligro ocupacional, determinado por las condiciones laborales (relaciones personales y laborales, horas de trabajo, condiciones del sitio de trabajo, etc.) y los ajustes o especificaciones del trabajo (trabajo físico, horarios).

2.4.1.1 CONFIGURACIÓN DEL TRABAJO

Dentro de los factores de riesgo relacionados con la configuración o especificación del trabajo están: altas demandas laborales, ausencia de autonomía por parte del trabajador y determinada tensión laboral, lo que podría causar una amplia gama de alteraciones o manifestaciones físicas y mentales. Todos estos factores son dependientes de la entidad empleadora.

La sobrecarga laboral es causada por el requerimiento de las organizaciones para aumentar la productividad, lo que significa un aumento del uso de tiempo y energía para

el trabajador. El trabajo se vuelve más intenso, más complejo y hay mayor demanda de tiempo. Para aumentar la productividad las organizaciones suelen realizar cambios en el personal, disminuyendo las pausas, aumentando las horas de trabajo y presionando a los trabajadores para estar al día con las demandas laborales, además de aumentar los roles que tiene que cumplir el individuo dentro de la organización. En los estudios sobre Burnout en trabajadores de la salud, existe una investigación en cuidadores de pacientes con cáncer, los cuales reportan la sobrecarga laboral describiendo que existe mucho trabajo burocrático o de oficina, mayor presión de tiempo, celulares sonando todo el tiempo, trabajo físico duro y el efecto que tiene el sentimiento de sobrecarga en el hogar (Sehlen, Vordermark, & Schäfer, 2009). En otro estudio en médicos internistas en Holanda refieren que hay un gran volumen de trabajo con inadecuado personal para realizarlo, lo que causa además problemas para realizar las tareas a tiempo y una disrupción de la vida en el hogar por horarios extendidos en el trabajo (Linzer, Visser, & Oort, 2001). Por lo que se ha determinado que por cada 5 horas de trabajo que exceden a las 40 horas semanales aumente 12-15% la probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout en médicos (McMurray, Linzer, & Konrad, 2000). Estableciendo a las horas de trabajo y a la sobrecarga laboral como un importante factor de riesgo.

La falta de autonomía o de control sobre las propias decisiones y tareas en el trabajo también es un factor de riesgo para desarrollar síndrome de Burnout. Al no tener la libertad de establecer metas propias, los trabajadores están bajo el riesgo de no poder balancear los propios intereses con los de la organización para la que prestan sus servicios. Por esta razón es más difícil anticipar o prever cambios y problemas futuros, con lo que se produce una imposibilidad para planificar soluciones. La limitada autonomía está relacionada con el aumento de agotamiento emocional y de insatisfacción laboral,

además de disminución de interés por las tareas asignadas (Kowalski, Driller, & Ernstmann, 2010).

Tanto estudiantes como trabajadores poseen esperanzas de ser recompensados por su trabajo, ya sea en dinero, prestigio o seguridad, lastimosamente la crisis económica mundial no permite a las organizaciones dar estas recompensas. Para mantener el empleo y los ingresos, los individuos deben trabajar más, cada vez con menos retribuciones, lo que causa falta de satisfacción que posteriormente influye emocionalmente, causando agotamiento, y cinismo, además de falta de efectividad en el trabajo. En la investigación realizada por Sehlen, Vordermark y Schäfer con trabajadores que prestan sus servicios a pacientes con cáncer en Alemania, se demuestra que los trabajadores reciben poca paga, a pesar de las largas, extenuantes y agotadoras horas de trabajo, sin recibir siquiera tiempo libre, lo que aumenta la prevalencia de síndrome de Burnout (Sehlen, Vordermark, & Schäfer, 2009).

Las relaciones interpersonales también son un tema importante a tratar, ya que la ruptura de relaciones sociales, la falta de soporte entre compañeros y los grupos de trabajo disfuncionales, son un agravante del estrés y un factor de riesgo para padecer Burnout. Existen investigaciones realizadas en grupos de enfermeras en los que se estudia el abuso verbal que sufren, sorprendentemente son las mismas enfermeras quienes más maltratan a sus compañeras, seguido por la familia y en tercer lugar los médicos (Rowe & Sherlock, 2005), a pesar de estas estadísticas, un estudio en 260 enfermeras demuestra que los conflictos con médicos son psicológicamente más dañinos que los problemas con sus propias colegas (Hillhouse & Adler, 1997). El apoyo social tanto de sujetos de la misma profesión como de jefes y subalternos son determinantes en el desarrollo del síndrome. Además es preciso recalcar que la imparcialidad y la justicia dentro de los grupos de

trabajo son cruciales para la disminución de la prevalencia del Burnout, un estudio en Inglaterra demuestra que los jefes de enfermería son los principales causantes de estrés en su personal y que métodos de administración más participativos, así como una relación basada en la confianza, la apertura y el respeto son factores protectores para el síndrome (Maslach & Leiter, The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. , 1997).

Existen dos factores de riesgo relacionados con la configuración del trabajo que todavía no han sido mencionados, estos son: la falta de concordancia entre los valores iniciales de institución, los valores personales y las decisiones tomadas por parte del sector administrativo; y la inseguridad en el trabajo, que conlleva un constante miedo a perder el empleo, ya sea por automatización de los servicios o por causas técnicas, económicas o de otra índole.

2.4.1.2. CONDICIONES DEL TRABAJO

A pesar de que con el tiempo se han ido mejorando aparentemente las condiciones laborales, el ahorro y las “mejoras técnicas” que hacen las empresas son perjudiciales para la salud física y mental de los trabajadores.

Así la mayoría de trabajos se van automatizando causando mayor inseguridad en los trabajadores y disminuyendo la cantidad de empleos. Las oficinas son cada vez más pequeñas lo que causa mala iluminación y sensación de hacinamiento.

Con la automatización de los servicios y el desarrollo de la tecnología, hay cada vez mayor interacción persona-computador, lo que supondría la simplificación del trabajo, lastimosamente al reducir el trabajo manual, aumentan las demandas y la presión hacia

los trabajadores. Además que el introducir sistemas informáticos para la realización de un trabajo induce mayor estrés por cambios en el proceso de realización del trabajo, en las relaciones sociales y en los procesos administrativos, lo que causa falta de satisfacción (Smith, Conway, & Karsh, 1999). El alto uso de información y comunicación tecnológica causa saturación mental, descuido por otras actividades y por necesidades personales y aislamiento social. Personal con menos habilidades tecnológicas tienen menor capacidad de adaptarse al trabajo con máquinas y llegar con mayor facilidad a insatisfacción laboral e inseguridad por miedo a cometer errores en el trabajo, por lo tanto mayor riesgo de desarrollar síndrome de Burnout.

Inicialmente el síndrome de Quemado por el trabajo era exclusivo de trabajadores de servicios humanos o de la salud, por lo que la relación con el cliente o paciente es un factor de riesgo, ya que estas personas se ven continuamente confrontados a relaciones personales emocionalmente demandantes, ya sea por situaciones personales del cliente o por el trato que estos dan a los trabajadores. Pero un factor de riesgo importante es el contacto específico de los cuidadores con pacientes crónicos, incurables o moribundos con falta de esperanza, razón por la que es importante el presente estudio, ya que no se han realizado estudios específicos en el ámbito de la Psicología, quienes tienen continuamente que estar en contacto con pacientes emocionalmente afectados, con alteraciones de personalidad y pacientes que han cursado crisis no normativas en su vida, lo que pondría en alto riesgo de desarrollar síndrome de Burnout a personas que trabajan en la esfera de lo psicosocial.

Los horarios de trabajo con turnos son también un factor de riesgo ya que estos interrumpen la vida social y familiar del individuo, causando problemas psicosomáticos, disminución de las habilidades, falta de satisfacción laboral y ausentismo, esto se

corroboró en un estudio en enfermeras canadienses, quienes desarrollaban esta sintomatología además de conflictos en el hogar. Por lo que los estudiantes tanto de enfermería y medicina incluidos en este estudio poseen mayor riesgo de presentar el síndrome por este factor de riesgo

Por último los problemas del sitio de trabajo son también importantes estresores, factores como la iluminación, los ruidos y el hacinamiento aumentan el riesgo de sufrir el síndrome. No existen estudios que determinen que la buena iluminación sea un factor protector, pero se determinó que enfermeras presentan una mayor incidencia del síndrome en invierno (Alimoglu & Donmez, 2005). El estar permanentemente expuesto al ruido en servicios de emergencia y cuidados intensivos también ha demostrado ser un factor de riesgo (Topf & Dillon, 1988).

2.4.2. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

A pesar de que Maslach y Leiter en 1987 le dieron menor valor a los factores individuales, Pick y Leiter en 1991 otorgaron mayor importancia a estas variaciones, ya que la respuesta al estrés depende de la capacidad de adaptación individual y las estrategias para afrontarlo. Por lo que entre los factores de riesgo para desarrollar síndrome de Burnout están: rasgos de la personalidad, predisposición a trastornos psiquiátricos y susceptibilidad genética y biomarcadores.

2.4.2.1. PERSONALIDAD

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la personalidad se define como “la diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra”

y en el ámbito filosófico la define como “conjunto de cualidades que constituyen a la persona o sujeto inteligente” (RAE, 2016). Pero existen varias teorías de la personalidad, las cuales intentan explicar la constitución y origen de la esta y sus rasgos, entre las cuales existen la teoría del psicoanálisis de Freud (ello, yo y superyó), la teoría conductista, humanista, socio cognitiva y por último la teoría de los rasgos. Así Eysenck⁹ define a la personalidad como la suma del carácter (voluntad), el temperamento (emoción), el intelecto y el físico (Eysenck, 1953), y desarrolló su teoría sobre “neuroticismo, extraversión y psicoticismo”, pero años más tarde Costa¹⁰ y McCrae¹¹ explicaron con 5 dimensiones los rasgos de la personalidad.

2.4.2.1.1. LOS CINCO FACTORES

2.4.2.1.1.1 NEUROTICISMO

Las personas que presentan altos niveles de Neuroticismo suelen ser ansiosos, preocupados, deprimidos, presentan cambios de humor y desordenes psicosomáticos, son muy sensibles y emotivos. Cualquier estímulo puede desencadenar respuestas fuertes, y les cuesta volver a la normalidad. Presentan frecuentemente reacciones irracionales y rígidas, tienen poca inhibición de los impulsos. Presentan pensamiento y acciones lentas. Por la manera que tienden estos individuos a afrontar la vida y los problemas, esta característica de la personalidad está asociada con el desarrollo de agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización, por lo que se postula a este

⁹ Hans Eysenck (1916-1997) psicólogo inglés de origen alemán, especializado en el estudio de la personalidad

¹⁰ Paul T. Costa Jr (1942-) psicólogo estadounidense dedicado al campo de la personalidad, miembro de la NIC, Presidente de la International Society for the Study of Individual Differences (ISSID) y Director del Laboratory of Personality and Cognition de Baltimore (USA). Coautor de la Revised NEO personality inventory

¹¹ Robert McCrae psicólogo estadounidense, dedicado al estudio de la estabilidad de la personalidad a través de la edad y la cultura. Coautor de la Revised NEO personality inventory

rasgo como el mayor predictor de Burnout (Costa & McCrae, Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? , 1987).

2.4.2.1.1.2. EXTRAVERSIÓN

Las personalidades que presentan extraversión se caracterizan por ser seguros, dominantes, activos, impulsivos, despreocupados, optimistas, y siempre en busca de la excitación (Costa & McCrae, 1992). Suelen presentar agresividad, por no controlar bien sus sentimientos, son personas más sociables lo que les hace presentar menos niveles de despersonalización y al ser optimistas perciben mejor el trabajo y el estrés causado por este, por lo que al contrario que el Neuroticismo, tiene una relación inversa con el Burnout, mientras exista mayor extraversión de la personalidad de un individuo, hay un menor riesgo de desarrollar síndrome de Burnout (Lau, Hem, Berg, Ekeberg, & Torgersen, 2006).

2.4.2.1.1.3. AMABILIDAD

Este rasgo de la personalidad, que constituye el tercero de las cinco dimensiones, se identifica en un individuo altruista, flexible, cooperativo, tolerante, bondadoso, cortés y simpático (Costa & McCrae, 1992). Suelen presentar percepciones favorables de otras personas y tener menos problemas en las relaciones interpersonales, además de recibir mejores comentarios sobre su trabajo, por lo que este rasgo constituye un factor protector para el síndrome de quemado por el trabajo, ya que presentan menor agotamiento emocional, mayor realización personal y es poco probable que por sus características de personalidad presenten despersonalización o cinismo (Zellars, Perrewe, & Hochwarter, 2000).

2.4.2.1.1.4. APERTURA

El siguiente factor de la teoría de los cinco rasgos de la personalidad, es la apertura que describe personas imaginativas, pensadores independientes y tolerantes, suelen usar el humor para lidiar con el estrés, lo que los hace más propensos al agotamiento emocional y menos propensos al cinismo. Tienden a sentir más realización personal (Zellars, Perrewe, & Hochwarter, 2000).

2.4.2.1.1.5. RESPONSABILIDAD

Los individuos responsables son planificadores, organizados y administran bien su tiempo, por lo que intentan lograr más en el tiempo disponible, son proactivos y muy racionales. Están siempre enfocados en solucionar problemas (Costa & McCrae, 1992). Por lo que afrontan al estrés bastante bien, desarrollando estrategias adecuadas para solucionar los problemas y sobrellevar obstáculos, razón por la cual no desarrollan agotamiento emocional y tienen alta realización personal, pero al ser tan rígidos y enfocados en sus metas y problemas suelen desarrollar cinismo y despersonalización fácilmente (Zellars, Perrewe, & Hochwarter, 2000).

2.4.2.1.2. OTROS RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Dentro de las características de la personalidad existen algunos factores que influyen positiva y negativamente en el desarrollo de síndrome de Burnout. Entre ellos se encuentra la afectividad, que dentro de la psicología se refiere a la susceptibilidad del individuo ante determinadas alteraciones que se produce en su entorno (Brett, 1953). Se establece como afectividad negativa, quienes tienen continuamente sentimientos de tristeza, ansiedad y hostilidad, expresan emociones negativas en el trabajo, pero a pesar

de esto no se ha demostrado que personas con afectividad negativa presenten Burnout. La afectividad positiva en cambio son personas con continua sensación de felicidad, emoción y energía, lo que si se ha relacionado con mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización (Alarcon, Eschleman, & Bowling, 2009).

El locus representa el lugar donde se localiza el agente causal de los acontecimientos de la vida cotidiana de un individuo, este puede ser interno o externo. En relación con el síndrome de Burnout, las personas con locus interno asumen su responsabilidad y buscan solución a los problemas lo que protege al individuo de desarrollar la sintomatología, pero lastimosamente se ha determinado que tener locus interno no es suficiente para evitar que una persona con demasiada carga laboral presente el síndrome (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

Los individuos perfeccionistas suelen tener constante preocupación por cometer errores y tienden a establecer estándares para sí mismos lo que aumenta el riesgo de estas personas para desarrollar síndrome de quemado por el trabajo (Aydemir & Icelli, 2013).

A pesar de estar dentro de las características de “la teoría cinco rasgos” es importante describir que el optimismo es un factor protector en el desarrollo del Burnout, ya que los individuos optimistas tienden a pensar que cosas buenas ocurrirán y que cosas malas no, por lo tanto realizan activamente esfuerzos por disminuir o eliminar los estresores. Al contrario los pesimistas aumentan los estresores y causan mayor riesgo de presentar el síndrome (Aydemir & Icelli, 2013).

Otro factor de riesgo es el padecer Alexitimia, que es la falta de capacidad para procesar emociones o ideas abstractas, por lo que estos individuos suelen presentar más problemas en relaciones interpersonales y recibir menos soporte social, lo que aumenta la prevalencia del síndrome (Mattila, Ahola, & Honkonen, 2007).

2.4.2.1.3. COMPORTAMIENTO

Un tipo de comportamiento que induce cinismo y agotamiento emocional es el Tipo A, que se caracterizan por la ambición, la competitividad, la urgencia de tiempo, la impaciencia y la hostilidad (Hallberg, Johansson, & Schaufeli, 2007), según Friedman¹² y Rosenman¹³ este comportamiento es un complejo emoción-reacción que se presenta en personas con altos niveles de estrés y que quieren hacer más en menos tiempo (García Jiménez, Moreno Farías, & Rivero Rodríguez, 2013). Estos individuos presentan: afán intenso y constante por conseguir metas establecidas, pero pobres, competitividad, alta motivación de logro, implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo, realización apresurada de las funciones y estado de alerta permanente. Se destacan dos principales dimensiones en este tipo de comportamiento que son: Esfuerzo por el logro y sentimientos de impaciencia y ansiedad, que aumentan bajo presión, induciendo Burnout, ya que estas características se vuelven estresores adicionales (Aydemir & Icelli, 2013).

Los individuos con comportamiento tipo D sienten emociones negativas, pero las esconden para evitar desaprobación o ser juzgados. Las personas con este tipo de comportamiento presentan altos niveles de Burnout en las tres esferas que lo representan (agotamiento emocional, cinismo y falta de realización personal), pero se relaciona más a tener problemas interpersonales por su tipo de comportamiento, mas no está relacionado directamente como factor de riesgo (Aydemir & Icelli, 2013).

¹² Meyer Friedman (1910-2001) cardiólogo estadounidense, coautor la teoría del comportamiento tipo A en pacientes enojados que desarrollaban riesgo de ataque cardiaco

¹³ Ray Rosenman (1920-2013) cardiólogo estadounidense , ex vicepresidente del instituto americano del estrés, coautor la teoría del comportamiento tipo A en pacientes enojados que desarrollaban riesgo de ataque cardiaco

2.4.3. FACTORES GENÉTICOS

Dentro de los estudios que se han realizado sobre la genética que predispone a desarrollar síndrome de Burnout, no se han obtenido resultados que demuestren que existen genes específicos que aumenten la probabilidad de presentar el síndrome. Se ha observado que existen familias que presentan mayor prevalencia, pero se ha demostrado que esto está dado por otros factores de riesgo y por la convivencia entre los miembros, más no por poseer genes específicos.

2.4.4. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

Las condiciones sociodemográficas son definidas como las características sociales de un individuo adulto, entre las cuales están edad, género, estado civil, condición económica, empleo, etc. Es de gran relevancia el estudio de estas variables como factores de riesgo para desarrollar el síndrome de quemado por el trabajo, para evitar sesgos y además para determinar grupos de mayor riesgo y establecer medidas preventivas.

2.4.4.1. SEXO

En teoría no debería haber una diferencia muy acentuada entre la prevalencia de síndrome de Burnout en mujeres y hombres, pero lastimosamente sigue habiendo discriminación laboral y mucho machismo, lo que causa diferencias en las condiciones y configuraciones del trabajo de las mujeres además que en muchos de los casos las mujeres reciben menor paga que los hombres en el mismo cargo, además que los hombres muchas veces no quieren aceptar o admitir tener fatiga o estar cansados ante mujeres, por miedo a crítica o a perder su imagen de “hombre fuerte, vigoroso y valiente”. Se ha establecido una diferencia entre el sexo femenino y el masculino, y es que las mujeres presentan mayor

agotamiento emocional y los hombres mayor despersonalización. En el año 2000 se estableció que el sexo femenino tiene 1,6 veces más probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout (McMurray, Linzer, & Konrad, 2000).

2.4.4.2. EDAD

La presencia de síndrome de Burnout se ha relacionado más con personas jóvenes, debido a que las personas mayores tienen mayor experiencia en el trabajo, Además la aparición por del síndrome se relaciona con el inicio de la carrera profesional. Los jóvenes todavía no desarrollan maneras adecuadas de afrontar el estrés y suelen tener mayores miedos de cometer equivocaciones, de perder el trabajo y suelen ser víctimas de mayor presión por el personal con experiencia. Lo que se convierte en mayor cantidad de estresores que favorecen la aparición del síndrome de quemado por el trabajo (Maslach C. , 2003).

2.4.4.3. ESTADO CIVIL

Los individuos solteros son el grupo con mayor prevalencia de Burnout, y contrapuesto a esto los casados tienen menor prevalencia del síndrome, ya que se asume son más maduros y tienen una mejor comprensión de las relaciones sociales. Ubicado en el medio de estos dos grupos se encuentran los divorciados que a pesar de ser intermedios se caracterizan por desarrollar mayor agotamiento emocional. La presencia de hijos también es importante como factor protector, ya que se ha observado que los padres son más realistas. El estado civil es importante siempre y cuando las parejas sean una fuente de apoyo emocional y tengan un hogar equilibrado, de lo contrario estos factores poco podrían ayudar o prevenir el síndrome (Maslach C. , 2003).

2.2.1.4. ESTUDIANTES

El estado académico también es visualizado como un factor de riesgo importante. En el estudio del síndrome de Burnout existen numerosos estudios en estudiantes universitarios, que presentaban Burnout académico, entre ellos Carlotto y Borges 2004, Carlotto y Borges 2005, Nakamura y Cámara 2006, Gan Shung y Zong 2007, Martinez, Pinto y Silva 2000 y Shaufeli, Martinez, Pinto, Salanova y Bakker 2002, en los cuales se determinó que el síndrome en estudiantes tiene algunas peculiaridades:

- 1) Agotamiento emocional es la falta de energía debida a los requisitos del estudio
- 2) Despersonalización es del desarrollo de actitud cínica y separada en relación al estudio
- 3) Ineficiencia es la incompetencia como estudiantes (Caballero Domínguez, Hederich, & Palacio Sañudo, 2010).

Los estudiantes de la salud son principalmente afectados, ya que a parte del estrés causado por la parte académica, se mantiene relación con los pacientes lo que los hace más vulnerables a presentar el síndrome. Las prácticas preprofesionales ponen a prueba los conocimientos de los estudiantes, así ellos conocen sus limitaciones, presentan dudas, temores y ansiedad por cometer errores. Al estar con compañeros y profesores que evalúan existe concomitantemente un ambiente de competencia entre alumnos, profesores y supervisores que está relacionado con el aumento de estrés y agotamiento emocional. Es importante tener en cuenta este grupo de la población, ya que los estudios generalmente se basan en profesionales de la salud, mas no es estudiantes, y hay que tener en cuenta que el síndrome puede darse en la etapa académica y continuar durante la vida laboral. Si se hace un diagnostico precoz de este síndrome en los estudiantes, se puede

también hacer un seguimiento y enseñar métodos de afrontamiento del estrés y de prevención del síndrome, antes de que los estudiantes terminen sus carreras universitarias y empiecen su vida laboral (Schaufeli, Martínez, Marques-Pinto, Salanova, & Bakker, 2002).

En otros estudios se definió que los estudiantes que no tienen una actividad de ocio presentan mayor Burnout, además que el aumento de la prevalencia está dada también por la cantidad de materias, por lo tanto con el aumento de la carga horaria (Aydemir & Icelli, 2013).

2.5. ETIOPATOGENIA

Dentro del estudio de la etiopatogenia del síndrome de Burnout, no se ha podido establecer todavía una definición o explicación precisa del síndrome, por lo que se han desarrollado múltiples teorías, primero se desarrollaron teorías la evolución del síndrome en relación a las dimensiones del MBI (Maslach Burnout Inventory), así tenemos la teoría de Golembiewski¹⁴ y colaboradores (Golembiewski, Munzenrider y Carter 1983; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson 1986; Golembiewski y Munzenrider 1988), la cual se caracteriza por progresar de despersonalización a falta de realización personal y por ultimo agotamiento emocional, la teoría de Leiter¹⁵ y Maslach, que se desarrolló en el año de 1988, describe que el síndrome inicia con agotamiento emocional evolucionando a despersonalización y llegando a baja realización personal, y la teoría de Lee y Ashforth¹⁶ que sostiene que el agotamiento emocional causa la despersonalización y la falta de realización personal, determinando que no es una evolución lineal como lo

¹⁴ Robert T. Golembiewski (1932-2016) profesor de investigación en ciencias política y gestión

¹⁵ Michael P. Leiter psicólogo organizacional dedicado a la relación entre la gente y su trabajo

¹⁶ Blake Ashforth, psicólogo estadounidense

proponen las demás teorías. Lastimosamente estas tres teorías nunca tuvieron resultados precisos, por lo que se toma como modelos etiopatológicos a tres grandes teorías, que son la teoría sociocognitiva del yo de Bandura, la teoría del intercambio social y la teoría organizacional, de las cuales se desglosan diferentes y más específicos modelos.

2.5.1. TEORIA SOCIOCOGNITIVA DEL YO

Esta teoría de Albert Bandura¹⁷ postula que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen, además estas cogniciones son modificadas por las acciones y el conjunto de consecuencias observadas en los demás. Adicional a esto creó la noción de autoeficacia, que se define como la creencia que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer control sobre las situaciones que los afectan, lo que determinará el empeño y por lo tanto la facilidad o dificultad que presente el sujeto en conseguir sus objetivos. Esto también determinará reacciones emocionales que acompañan a la acción. De esta teoría se desglosan 4 modelos (Gil-monte & Peiró, Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, 1999).

2.5.1.1. COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON (1993) Y MODELO DE PINES

El síndrome de Burnout es una función de la competencia percibida por el individuo con altas expectativas. Los trabajadores con alta motivación y altruismo tienen naturalmente un sentimiento de eficacia (autoeficacia) el cual puede ser reforzado con factores de

¹⁷ Albert Bandura (1925) psicólogo canadiense se centró en estudios de ámbito conductual. cognitivo

ayuda, o deteriorado en presencia de factores de barrera, en este caso la motivación por ayudar disminuye y se presenta el síndrome.

En el modelo de Pines se sigue la misma proposición, con la diferencia que los trabajadores en este modelo le dan un sentido existencial a su trabajo, la ayuda que prestan es su razón de vivir.

Por lo que para estos dos modelos el síndrome de quemado por el trabajo es el resultado de un proceso de desilusión o fallo en la búsqueda de sentido para su vida (Mansilla Izquierdo, 2016).

2.5.1.2. MODELO DE CHERNISS (1993)

En su modelo Cherniss recalca que existen características de la organización que facilitan al trabajador desarrollar un sentimiento de éxito, como el apoyo social, la autonomía, la retroalimentación de resultados, etc., así se determina una relación causal entre la incapacidad del trabajador de desarrollar un sentimiento de autoeficacia y síndrome de Burnout. Por esto se describe a trabajadores con alta creencia en sus capacidades, como individuos que presentan menor nivel de estrés en situaciones de amenaza, ya que creen que pueden afrontarlas de forma positiva. Además que el éxito de los objetivos aumenta la autoeficacia, por lo tanto, el fracaso la disminuye y eso causa mayor Burnout (Mansilla Izquierdo, 2016).

2.5.1.3. MODELO DE AUTOCONTROL DE THOMPSON, PAGE Y COOPER

En este modelo existen 4 variables:

- 1) Discrepancia entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador
- 2) Nivel de autoconciencia del trabajador

- 3) Expectativas de éxito
- 4) Sentimientos de autoconfianza

Es preciso definir a la autoconciencia como un rasgo de la personalidad, el cual se caracteriza por “la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo”. Mientras más autoconciencia tiene un individuo, mayor estrés experimentará, ya que tienden a auto percibirse exageradamente y concentrarse más en el estrés que sienten (Mansilla Izquierdo, 2016).

Entonces, cuando existe discrepancia entre los recursos y las demandas, aumenta la autoconciencia, lo que empeora el estado anímico del individuo y se convertirá en un círculo vicioso, en el cual aumentara la falta de confianza. Al sentir la frustración y el pesimismo que causa la autoconciencia, los trabajadores tienden a retirarse mentalmente de la situación problemática, causando despersonalización. En caso de que no se desarrolle el retiro antes mencionado, los profesionales sentirán desamparo, lo que se traduce en agotamiento emocional.

2.5.2. TEORIA DEL INTERCAMBIO SOCIAL

La teoría del intercambio social establece que la etiología del síndrome de Burnout se desarrolla cuando existen percepciones de falta de equidad o falta de ganancias que presentan los sujetos como resultado de comparación social al establecer relaciones interpersonales. Cuando el individuo percibe permanentemente que entrega más de lo que recibe a cambio de su esfuerzo y dedicación, y no puede sobrellevar el sentimiento es cuando se desarrolla el síndrome (Gil-monte & Peiró, Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, 1999).

2.5.2.1. MODELO DE COMPARACIÓN SOCIAL DE BUUNK Y SCHAUFELI

El modelo de comparación social se desarrolló en personal de enfermería y se determinó que el Burnout en este personal tiene dos etiologías:

1) Procesos de intercambio social con los pacientes

Al estar en contacto con los pacientes, el personal está expuesto a tres estresores que son: incertidumbre (falta de claridad sobre cómo debe actuar), percepción de equidad (equilibrio percibido entre lo que dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones) y falta de control (posibilidad de controlar los resultados de las acciones laborales)

2) Procesos de intercambio social con los compañeros

El trabajador no busca apoyo social en sus compañeros por miedo a ser criticado o tachado de incompetente.

Así la relación con los pacientes causa agotamiento emocional y con los compañeros despersonalización y baja realización personal (Mansilla Izquierdo, 2016).

2.5.2.2. MODELO DE CONSERVACION DE RECURSOS DE HOBFOLL Y FREDY

El estrés surge cuando aquello que motiva está amenazado. Por lo tanto al generar inseguridad en el trabajador sobre sus habilidades para alcanzar los objetivos o el éxito profesional, los clientes, supervisores o compañeros se vuelven estresores, que causan la

pérdida de recursos. Por lo tanto los profesionales deben esforzarse permanentemente para evitar esta pérdida y mantener un mínimo de recursos para desarrollar nuevos, esto es lo que se llama estrategias de afrontamiento activo, lo que disminuye el síndrome de Burnout ya que estas mismas estrategias conllevan ganancia de recursos.

2.5.3. TEORÍA ORGANIZACIONAL

Para esta teoría se visualiza las disfunciones de rol, la falta de salud en la organización y la estructura, cultura y clima de la misma. Se enfatiza la importancia de los estresores en el contexto organizacional y las estrategias de afrontamiento (Gil-monte & Peiró, Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, 1999).

2.5.3.1. MODELO DE GOLEMBIEMWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER

El modelo de Golembiowski y colaboradores, se basa en la disfunción de roles, y se caracteriza por detallar fases por las que debe atravesar el individuo que presenta síndrome de Burnout para padecerlo. Por lo tanto es un proceso en el que el profesional pierde el compromiso inicial con su trabajo como respuesta al estrés laboral. Este estrés puede estar dado por sobrecarga (exceso) o pobreza de rol, lo que causa en ambos casos pérdida de autonomía y control, continuando con un deterioro de la autoimagen y sentimientos de irritabilidad y fatiga. Para lo cual el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento, distanciándose de la situación laboral estresante. Este distanciamiento puede ocurrir de dos formas: constructivo, en el que el trabajador deja de involucrarse en el problema pero atiende sin eliminar la empatía y contraproductivo, ignorando al cliente

y desarrollando despersonalización y cinismo (Gil-monte & Peiró, A model of Burnout process development: An alternative from appraisal model of stress, 1998).

Se ha observado que los trabajadores siempre inician con el afrontamiento constructivo, pero la persistencia del estresor lleva a la despersonalización, la cual es la primera fase, seguido por baja realización personal. Tercera y última se presenta el agotamiento emocional.

2.5.3.2. MODELO DE COX, KUK Y LEITER

Esta teoría se basa solo en profesionales de servicios humanos. El síndrome de Burnout es la respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces, los trabajadores definen esto como “sentirse agotado” y “sentirse presionado o tenso”. Como respuesta a esto los individuos desarrollan agotamiento emocional, y frente a esto responden con despersonalización o cinismo para alejarse de la situación problemática o del estresor. Y la baja realización personal se da por la evaluación del sujeto de las expectativas laborales frustradas. En este modelo se destaca que la salud organizacional tiene mucha importancia en el síndrome de Burnout ya que esta cascada se da en relación a la existencia o no de coherencia de los sistemas psicosociales y de estructura política de la organización, que es el responsable de los estresores a los que son expuestos los trabajadores.

2.5.3.3. MODELO DE WINNUBST

La estructura, cultura y clima de la organización son el pilar de este modelo, el cual explica que si la organización tiene una estructura de burocracia mecánica, se da la estandarización del trabajo y una alta formalización, lo que refuerza el perfeccionismo y la conformidad con las normas, características que están íntimamente relacionadas con el aumento del agotamiento emocional de los trabajadores.

En cambio si la estructura es una burocracia profesionalizada, se da la estandarización de habilidades, hay baja formalización permitiendo la creatividad y la autonomía de los trabajadores, lo cual es un factor protector para síndrome de Burnout, pero la libertad que esta estructura deja, permite el desarrollo de disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

Por esta razón Winnubst elabora el modelo con cuatro supuestos (Mansilla Izquierdo, 2016):

- 1) Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social. Que se ajusta óptimamente al tipo de estructura
- 2) Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral, por lo que por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima
- 3) Tanto la estructura como la cultura de apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de valores sociales y culturales de la organización
- 4) Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y síndrome de Burnout

2.6. FISIOPATOLOGÍA

El estrés es la causa principal del desarrollo de síndrome de Burnout o de quemarse por el trabajo, por lo que para explicar las causas del Burnout se debe conocer la fisiología del estrés.

2.6.1. FISILOGIA DEL ESTRÉS

El estrés es una respuesta ante una situación amenazante para el equilibrio del organismo, por lo tanto es un conjunto de acciones fisiológicas ante cualquier exigencia ejercida sobre el organismo o cualquier agente nocivo, llamado estresor.

Cuando un sujeto es expuesto a un estresor, los mecanismos homeostáticos intentan contrarrestarlo, pero cuando el estrés es muy intenso o duradero estos mecanismos no bastan y se da la respuesta al estrés o el síndrome de adaptación general, el cual intenta ser un mecanismo de resiliencia (capacidad para adaptarse), así se prepara al cuerpo para responder rápidamente a una situación de emergencia (por ejemplo: subiendo la presión arterial y la glicemia).

El estrés tiene tres etapas, la inicial o reacción de alarma prepara al cuerpo para el enfrentamiento o la huida. Hay una estimulación del hipotálamo que activa el sistema nervioso simpático, que libera catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), para aumentar los niveles de oxígeno y glucosa en encéfalo, músculo estriado y corazón, aumenta la circulación sanguínea y la síntesis de ATP y se inhiben funciones no esenciales como la del sistema gastrointestinal, urinario y reproductor, disminuyendo los estrógenos y la testosterona, además de inhibir la prolactina.

La segunda etapa constituye la reacción de resistencia (largo plazo) el cuerpo intenta acostumbrarse o adaptarse al estímulo, secretando hormonas hipotalámicas, como son la

CRH (hormona liberadora de corticotropina), la GHRH (hormona liberadora de hormona de crecimiento) y la TRH (hormona liberadora de tirotropina).

La CRH estimula la hipófisis anterior, la cual libera ACTH (hormona adrenocorticotrópica), liberando mineralcorticoides de la glándula suprarrenal, que ayuda a conservar sodio y agua para mantener la presión arterial elevada, además estimula la secreción de dehidroepiandrosterona (DHEA), la cual contrarresta los efectos del estrés. La CRH estimula también la secreción de glucocorticoides, entre los que se destaca el cortisol, que va a ayudar a aumentar la gluconeogénesis y la proteólisis, además de alterar la distribución de los glóbulos blancos, reduciendo el número de linfocitos en circulación, disminuyendo la secreción de interleucina-1 y afectando el número y la sensibilidad de los Natural Killer (NK), así suprimiendo la respuesta inflamatoria y disminuyendo la respuesta inmunitaria (Tortora & Derrickson, 2013).

La GHRH estimula la hipófisis anterior, la cual secreta hormona de crecimiento humana (GH), que se encarga de aumentar la glucogenólisis, aportando mayor glucosa a la sangre.

La TRH por su parte permite a la adenohipófisis liberar TSH para aumentar las hormonas tiroideas circulantes, las cuales estimulan la degradación de la glucosa para la producción de ATP (Tortora & Derrickson, 2013).

La última etapa es la de agotamiento en la cual los recursos del cuerpo se acaban y la exposición a altos niveles de cortisol y otras hormonas puede provocar emaciación muscular, supresión del sistema inmune, úlceras gastrointestinales e insuficiencia de células beta del páncreas.

2.6.2. NEUROBIOLOGÍA DEL ESTRÉS

Durante el estrés crónico hay numerosas reacciones del sistema nervioso, en algunos estudios en animales se ha determinado que la hipercortisolemia crónica puede causar neurotoxicidad, causando una atrofia hipocámpica por disminución de factores neurotróficos derivados del cerebro y aumento del glutamato por pérdida glial (Duval, González, & Rabia, 2010).

En el sistema nervioso, el cortisol se encarga de movilizar energía, aumentar la vigilancia, enfocar la atención y formar memoria. En la amígdala y en el hipocampo el cortisol y la CRH produce condicionamiento al miedo y memoria emocional, además que en la corteza prefrontal también tiene efectos reguladores, disminuyendo las expectativas de recompensas.

El estrés activa el locus coeruleus que estimula la secreción de noradrenalina en la corteza prefrontal e hipocampo, provocando alarma y aumento de la atención, si este estímulo es prolongado puede causar ansiedad (Monroy & Palacios, 2011).

El estrés también activa liberación de dopamina en la corteza prefrontal e inhibe la liberación de esta en el núcleo accumbens, lo que puede causar anhedonia y conductas de desamparo (Monroy & Palacios, 2011).

2.6.3. FISIOPATOLOGÍA DEL BURNOUT

Para establecer la fisiopatología del Burnout se ha estudiado las respuestas al estrés, causado por el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal. Se han realizado numerosos estudios en los que se ha determinado los niveles de catecolaminas y cortisol en individuos con y

sin síndrome de Burnout, pero no se observó ninguna diferencia entre los casos y los controles. En el caso de la prolactina, la cual disminuye en casos de estrés crónico, tampoco se encontraron diferencias significativas. Referente a la dehidroepiandrosterona se encontró que los pacientes con síndrome de Burnout tienen mayor nivel de esta hormona en la saliva, mas no a nivel sanguíneo por lo que este dato tampoco es significativo (Danhof-Pont, van Veen, & Zitman, 2011).

En cuanto a la determinación de niveles de factor neurotrófico derivado del cerebro, los sujetos que padecen el síndrome tienen menor cantidad de este, pero sin significancia estadística (Sertöz, Binbay, & Köylü, 2008). Por último la cantidad y actividad de los NK solo están aumentados en los casos de despersonalización (Danhof-Pont, van Veen, & Zitman, 2011).

Por lo que hasta la fecha los estudios sobre la fisiopatología del síndrome de Burnout es desconocida al no poder establecerse cambios en biomarcadores.

2.7. CUADRO CLÍNICO

Como lo dice la definición, el síndrome de Burnout está compuesto por tres principales síntomas o dimensiones, que son el agotamiento emocional, que constituye una pérdida de recursos psicológicos y mentales que tienen un impacto en el ánimo; la despersonalización o cinismo, que se presenta como una actitud negativa del sujeto en cuanto a las relaciones del trabajo, ya sea con compañeros o “clientes” y la falta de realización personal, que es un sentimiento de incompetencia para las tareas laborales (Maslach C. , 2003). Pero el síndrome no solo se presenta con estas tres manifestaciones,

además que es un proceso de por lo menos un año, por el que el sujeto va progresando hasta llegar a padecer el síndrome. Por lo que se han desarrollado modelos constituidos por etapas, que explican como el individuo va cambiando a través del tiempo hasta llegar al Burnout.

Freudenberg y North en 2006 propusieron “el Burnout de las 12 fases”: (Nuallaong, 2013):

- 1) Compulsión por probarse a uno mismo: etapa en la cual la gente trabaja duro para probar a los demás y a sí mismo una autoimagen ideal, para ser reconocidos.
- 2) Trabajar duro: asegurar convertirse en irremplazables
- 3) Dejar de lado las necesidades: el sujeto aumenta la dedicación en el trabajo, suele presentarse signos de adicción al trabajo, dejan de comer, dormir, y disminuyen el tiempo que pasan con la familia y amigos.
- 4) Desplazamiento de conflictos: los individuos son conscientes de que su vida va mal de alguna manera, pero todavía no se nota. Empiezan a presentar síntomas de estrés (cefalea, náusea, dolor muscular, problemas sexuales, alteraciones del sueño, hiporexia, dificultad para respirar)
- 5) Revisión de valores: para seguir trabajando y disminuir sus necesidades, los individuos necesitan evadir el conflicto propio e ignorar emociones.
- 6) Negación de problemas emergentes: el sujeto se aleja de sus actividades sociales, se vuelve cínico, apático y agresivo.
- 7) Retiro: existe un aislamiento y minimización del contacto social, en esta etapa pueden consumir sustancias para disminuir el estrés.

- 8) Cambios obvios de comportamiento: las personas alrededor del sujeto notan enormes cambios en él o ella. En esta etapa el individuo se nota miedoso, apático, le quita valor a su vida, se siente sin valor interior por la sobrecarga de trabajo.
- 9) Despersonalización: el sujeto empieza a sentirse como máquina, pierde contacto consigo mismo y no percibe sus propias necesidades.
- 10) Vacío interior: como resultado a este sentimiento existe sexualidad exagerada, impulsividad por comer, uso de drogas y alcohol.
- 11) Depresión: síntomas emocionales y cognitivos de depresión (indiferencia, falta de esperanza, agotamiento, falta de visión a futuro). La vida pierde sentido
- 12) Síndrome de Burnout: pensamiento suicida y colapso físico y mental.

Para Gorkin¹⁸, en cambio el síndrome de Burnout presenta solo cuatro fases, las cuales son un proceso de autocontrol que se da en escenarios conocidos (Nuallaong, 2013):

- 1) Agotamiento físico, mental y emocional: es el sentimiento de sentirse gastado después del día a día de trabajo duro
- 2) Vergüenza y duda: experiencia de profunda sensación de pérdida y cambio que se percibe como incontrolable.
- 3) Cinismo e insensibilidad: los sujetos en esta etapa se vuelven fácilmente irritables e irónicos al responder a otras personas.
- 4) Fracaso, impotencia y crisis: los sujetos se vuelven vulnerables, sin probabilidad para afrontarlo. Presentan síntomas de depresión.

¹⁸ Mark Gorkin: "The Stress Doc" licenciado en trabajo clínico social.

A parte de los modelos de las etapas, existe sintomatología asociada al síndrome de Burnout, el cual puede clasificarse en 4 áreas, las cuales son: signos psicosomáticos, signos cognitivo-conductuales, signos emocionales y signos defensivos.

Los signos psicosomáticos son los primeros en aparecer y pueden ser: quejas de fatiga crónica, cefalea, dolor de estómago, úlceras y desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, alteraciones del sueño, hipertensión arterial, asma, dolores musculares en cuello y espalda y en mujeres pérdida de ciclos menstruales.

Los signos cognitivo-conductuales son: ausentismo, aumento de conducta violenta, comportamiento de alto riesgo y aficiones suicidas (ej.: conducción imprudente, juegos de azar peligrosos), incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, conflictos matrimoniales y familiares, pesimismo, negativismo, apatía y hostilidad (Alvarez Gallego & Fernandez Rios, 1991).

Los signos emocionales se expresan con distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad, miedo a convertirse en una persona poco estimada, lo que puede desarrollar ideas paranoicas, ansiedad, dificultad para concentrarse, problemas de memoria de datos, problemas con razonamientos abstractos y elaboración de juicios, dificultades interpersonales con compañeros y “clientes”, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo e ideas suicidas.

Y los signos defensivos, los cuales surgen por la necesidad del sujeto de aceptar sus sentimientos son: negación de sus emociones, supresión consciente de la información, desplazamiento de sentimientos hacia otra cosa o situación, atención selectiva y racionalización de sentimientos (Alvarez Gallego & Fernandez Rios, 1991).

Lo que puede causar en la organización falta de energías en el equipo, descenso de interés por el cliente, frustración, desmotivación y alto ausentismo.

Si permanece crónicamente, el síndrome de Burnout puede causar diversas complicaciones emocionales, conductuales y somáticas. Una de las complicaciones más descrita e investigada es la depresión, ya que puede llegar a comprometer la vida del individuo al presentar ideas suicidas. Muchos estudios establecen que el Burnout es un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta patología, y se debe identificar los signos y síntomas que diferencian a la depresión del síndrome de Burnout. Mientras que el síndrome de quemarse por el trabajo presenta frustración, falta de empatía, cansancio, indiferencia, alteraciones del sueño y sentimientos de inutilidad, fracaso y desvalorización, la depresión presenta cambios en el peso, alteraciones del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa, pérdida de la concentración e ideas y planes suicidas.

Otras complicaciones importantes pueden ser la ansiedad, el abuso de cafeína, alcohol y otras drogas, hipertensión arterial causada por el estrés crónico y aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares.

2.8. DIAGNÓSTICO

Es difícil establecer el diagnóstico del síndrome de Burnout, ya que en la mayoría de países en el mundo no se ha definido al síndrome como una enfermedad propiamente dicha, solamente Suecia y algunos otros países europeos lo consideran un diagnóstico.

Dentro de la DSM IV y DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales) el síndrome de Burnout se encuentra dentro de los trastornos asociados a

traumas y estresores, clasificado como trastorno adaptativo, que se diagnostican con los siguientes criterios (DSM IV, 2001) & (DSM V, 2013):

- A. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable. Tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:
 - 1. Malestar o angustia mayor de lo esperable en respuesta al estresante, tomando en cuenta factores externos y culturales que puedan influir en la presentación de los síntomas.
 - 2. deterioros significativos de la actividad social, laboral o académica
- C. La alteración relacionada con el estrés, no cumple los criterios para otros trastornos específicos y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo
- E. Una vez cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses

Es importante determinar el tiempo de estos trastornos, que pueden ser agudos o que duran menos de seis meses y crónicos, que duran seis meses o más. Además que se clasifican por sus manifestaciones como:

- Con estado de ánimo depresivo
- Con ansiedad
- Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- Con trastorno de comportamiento
- Con alteración mixto de las emociones y el comportamiento

- No especificado

En el código internacional de enfermedades décima edición, se lo encuentra con el código Z73 como problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida, con Z73.0 como problemas relacionados con el desgaste laboral (agotamiento vital) o Z73.3 como problemas relacionados con el estrés no, clasificados en otra parte.

Por otra parte, y como se ha mencionado anteriormente, el síndrome de quemarse por el trabajo ha sido ampliamente estudiado desde su conceptualización, así Christina Maslach y otros investigadores propusieron diferentes cuestionarios, para el diagnóstico preciso de este síndrome, ya que es un problema social, laboral e individual, que es difícil de diagnosticar en etapas tempranas del síndrome. Cada cuestionario es integrado por diferente número de ítems y diferentes dimensiones a estudiar. La escala más usada es la Maslach Burnout Inventory, fue validada internacionalmente y criticada por ser creada inicialmente solo para trabajadores de servicios humanos, posteriormente se hizo una nueva versión para otras ramas laborales y finalmente en 2002 se crea la Maslach Burnout Inventory-Student Survey, redactada por Schaufeli, Martínez, Marques, Salanova & Bakker para ser aplicada a estudiantes universitarios. Una de las críticas más importantes que recibió la MBI fue que no puede ser utilizada en países en vías de desarrollo, pero países como Chile y Colombia tienen esta escala validada para población latino americana (Olivares, Mena-Miranda, Macía, & Jélvez, 2014).

<i>Nombre</i>	<i>MBI (Maslach y Jackson 1986)</i>	<i>Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al. 2005)</i>	<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti et al 2003)</i>	<i>Medidor de Burnout de Shirom-Melamed (SMBM) 2006</i>	<i>Spanish Burnout Inventory (SBI) (Gil-Monte 2006)</i>
<i>Contenido</i>	22 ítems	19 ítems 5 categorías de respuesta	2 subescalas 8 ítems 4 ítems + 4 ítems -	3 subescalas 14 ítems	20 ítems en 4 dimensiones
<i>Exploración</i>	Agotamiento emocional Despersonalización Realización personal	Burnout personal Burnout laboral Burnout relacionado con el cliente	Agotamiento Falta de compromiso laboral	P=fatiga física E= agotamiento emocional C= cansancio cognitivo	Entusiasmo por el trabajo Agotamiento psicológico Indolencia culpa
<i>Origen</i>	EEUU e Inglaterra	Dinamarca	Alemania	Israel y EEUU	España

Extraído y traducido de "Burnout for experts" de S. Bährer-Köhler. Página 174.

La MBI posee 22 ítems que se dividen en 9 ítems de agotamiento emocional, 5 ítems de despersonalización o cinismo y 8 ítems de realización personal. Todas las respuestas son equivalentes a números, NUNCA corresponde a 0 y va aumentando el número hasta llegar al 6 que representa TODOS LOS DÍAS. Y la interpretación de la escala se la hace con la suma de cada dimensión. Entonces en agotamiento emocional un puntaje entre 27 y 54 representa un alto nivel de Burnout, de 19 a 26 es medio y debajo de 19 bajo o muy bajo. En despersonalización se puede sumar un máximo de 30 puntos, siendo desde el 10 alto nivel del síndrome, de 9 a 6 medio y menor a 6 bajo. Por último, respecto a la realización personal, se lo valora en el sentido contrario, mientras mayor puntaje, menor gravedad del síndrome de quemarse por el trabajo presenta el individuo, ya que la realización personal es menor cuando la gravedad del el síndrome aumenta. Así de 0 a 30 es baja realización personal (severo Burnout), de 31 a 39 media (moderado Burnout) y de 40 a 48 alta realización personal (leve Burnout) (Maslach & Jackson, 1986)

Es importante mencionar que el síndrome de Burnout tiene 3 subtipos desarrollados empíricamente por Faber¹⁹ y posteriormente ratificados científicamente (Gómez-Alcaina, Montero-Marín, Demarzo, Pereira, & García-Campayo, 2014).

El Tipo frenético son individuos que presentan gran implicación, ambición y sobrecarga, sacrifican su salud y vida personal por atender demandas laborales, su malestar tiene origen en la falta de posibilidades de satisfacer sus necesidades personales, debido a un nivel de demandas excesivamente elevado, lo cual se transforma en una gran fuente de estrés. Se manifiesta en empleados altamente comprometidos, consumidos por el agotamiento de sus propios recursos energéticos. Al realizar estudios, se vio una relación

¹⁹ Barry Farber psicólogo estadounidense, profesor de psicología clínica, miembro de la asociación americana de psicología

de este subtipo con individuos que trabajan más de 40 horas a la semana (Montero-Marín, García-Campayo, Mosquera, & López Del Hoyo, 2009).

El tipo sin desafíos presenta indiferencia, aburrimiento y falta de desarrollo personal en el puesto. Se da por ausencia de significado en las tareas a desempeñar y se ha observado que se da en sujetos que han perdido el interés en su trabajo y termina “quemado” por la insatisfacción y la ausencia de variedad de sus labores, por lo que se lo ha relacionado con empleos mecanizados como el sector administrativo y de servicios (Gómez-Alcaina, Montero-Marín, Demarzo, Pereira, & García-Campayo, 2014).

El tipo desgastado se caracteriza por sentimiento de abandono, ausencia de control y falta de reconocimiento. Es un sujeto que se encuentra dominado por la apatía y la desesperanza, que tiende a abandonar sus responsabilidades. Se ha relacionado este subtipo con un mayor tiempo trabajando en la misma organización.

Es preciso saber que ya que existen estos subtipos con sintomatología completamente distinta y de causas asociadas bastante específicas, el diagnóstico del subtipo es importante para realizar un tratamiento personalizado y efectivo. Incluso existe ya un cuestionario validado para el reconocimiento de cada uno de estos subtipos, el cual lleva el nombre de cuestionario de subtipos clínicos de Burnout o BCSQ-36. El cual consta de 36 preguntas, que valoran tres propiedades de cada subtipo, del frenético se analiza la implicación, la ambición y la sobrecarga, del sin-desafíos se investigan la indiferencia, la falta de desarrollo y el aburrimiento y del subtipo gastado existen ítems para el sentimiento de abandono, falta de reconocimiento y falta de control (Montero-Marín & García-Campayo, A newer and broader definition of burnout: Validation of the “Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36).”, 2010).

2.9. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El síndrome de Burnout presenta numerosos síntomas psicosomáticos, emocionales, conductuales, etc., por lo que necesita un tratamiento multidisciplinario, tanto médico como psicológico. Es importante que el tratamiento inicial se elabore alrededor de los síntomas que presenta el individuo.

Dentro de los síntomas más importantes a tratar se encuentran las alteraciones del sueño, ya que puede causar mayor agotamiento físico y emocional, bajo rendimiento, además aumentan con el estrés, las alteraciones en la nutrición, el aumento de peso y el consumo de sustancias. El tratamiento se basa en enseñar al individuo prácticas adecuadas para el sueño y cambios en la conducta, en casos en los que no mejora con tratamiento no farmacológico, se puede realizar terapia farmacológica de corto tiempo, prescribiendo medicamentos hipnóticos, como benzodiazepinas o medicamentos Z por cuatro semanas (Hemmeter, 2013).

En muchos de los casos de síndrome de Burnout, los pacientes pueden desarrollar depresión, la cual debe ser tratada siguiendo las guías de depresión. Se debe realizar socio y psicoterapia y en caso de ser necesario utilizar medicamentos antidepresivos. Ya que los pacientes con depresión y síndrome de Burnout pueden presentar ideas suicidas que comprometan su vida. Los medicamentos antidepresivos se deben utilizar dependiendo de la sintomatología de los pacientes. Se puede utilizar inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, inhibidores de acción dual selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina, ya que tienen menos acción colinérgica, que los antidepresivos tricíclicos.

Es importante recalcar que los medicamentos antidepresivos tienen un efecto amortiguador en las hormonas del estrés del sistema hipotálamo-hipofiso-suprarrenal,

además pueden aumentar el factor neurotrófico derivado del cerebro, revirtiendo la atrofia del hipocampo producida por el estrés y la depresión (Hemmeter, 2013).

Paine en 1982 determinó cuatro pasos a seguir para el control del síndrome, los cuales son (Martínez Pérez, The Burnout Syndrome. Overview and Development of the Concept., 2010):

- 1) Identificar el síndrome de Burnout
- 2) Prevenirlo mediante información y afrontamiento
- 3) Mediar para disminuir o intervenir el proceso que conduce al desarrollo del síndrome
- 4) Reestablecer y aplicar tratamiento a trabajadores diagnosticados.

La prevención es la primera estrategia para evitar o retrasar el desarrollo el síndrome de Burnout, si esto no es posible, evitar complicaciones y consecuencias. Por lo tanto la prevención del síndrome debe ser primaria, secundaria y terciaria. Se propone realizar consejería sobre nutrición y técnicas de afrontamiento del estrés, técnicas para mantener un ambiente laboral adecuado, mejorando el sitio de trabajo, lo cual disminuirá en lo posible los factores de riesgo, y lo más imprescindible, estabilizará o reforzará los recursos existentes (Karl & Fischer, 2013).

Para la intervención de personas ya diagnosticadas con el síndrome, se propuso trabajar a nivel individual, interpersonal y organizacional:

Nivel individual: modificando los procesos cognitivos de autoevaluación, entrenando a los profesionales con técnicas de afrontamiento enfocado en la solución de problemas, desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.

Nivel interpersonal: desarrollando habilidades de comunicación, habilidades sociales y asertividad (defender los derechos u opiniones firmemente (RAE, 2016)), fortalecer redes de apoyo social.

Nivel organizacional: disminuyendo o eliminando los estresores de la organización.

Se han descrito algunos programas específicos para el tratamiento del síndrome de Burnout, los cuales comparten la mayoría de estrategias de intervención.

2.9.1. ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO

Las estrategias orientadas al individuo pueden ser dirigidas a proveer de instrumentos para la solución de problemas, en las cuales se entrena al sujeto en adquisición de habilidades como asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales y estilo de vida. Y existen también estrategias paliativas, en las que el objetivo es desarrollar habilidades para el manejo de las emociones asociadas al síndrome, para lo cual se enseña a los individuos, técnicas de relajación, expresión de la ira y de la hostilidad y manejo de sentimientos de culpa.

Para ello se debe disponer de formación continua, que aumente la competencia profesional, realizar rediseño para la ejecución de tareas, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral), toma de descansos y pausas durante el trabajo, organización para el uso eficaz del tiempo, planear objetivos reales y alcanzables, intentar el manejo del humor para controlar pensamientos y emociones, y por último y como caso extremo, el cambio de puesto de trabajo dentro o fuera de la organización para evitar que el individuo abandone la profesión (Martínez Pérez, 2010).

Las técnicas a utilizarse pueden ser la realización de ejercicio físico, que tiene un efecto tranquilizante y ansiolítico, la relajación, ya que la relajación muscular induce relajación mental, el Biofeedback, que es un entrenamiento de autocontrol de funciones corporales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración, etc., que puede ser utilizado para disminuir la tensión y los síntomas somáticos, técnicas cognitivas para controlar las reacciones ante los estresores. También se puede hacer una inoculación del estrés y desensibilización a este, ya sea con ejercicios simulados y progresivos de estrés para aprender a soportarlo o afrontarlo de manera adecuada o exponiéndose gradualmente al estresante hasta que se elimine la ansiedad provocada por este (Martínez Pérez, The Burnout Syndrome. Overview and Development of the Concept., 2010).

2.9.2. ESTRATEGIAS SOCIALES

No existen muchos estudios que abalen las estrategias sociales para el tratamiento del síndrome de Burnout, pero se ha visto que individuos con una buena red de apoyo social, ya sea familia o amigos, tienden a presentar menor prevalencia del síndrome. Por lo estas estrategias proponen fomentar el apoyo social de los grupos con los que el sujeto tenga relación, para que se percate que tiene personas a su alrededor que hacen un esfuerzo por darle apoyo. Dentro de estas estrategias también se propone hacer grupos de apoyo de individuos que padezcan el síndrome, para apoyarse entre ellos y mejorar su experiencia laboral y social (Gil-monte & Peiró, 1998).

2.9.3. ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

Las estrategias organizacionales son, teóricamente, más simples de establecer, pero más complejas de ejecutar, ya que constituyen cambios en el ambiente y las condiciones laborales de la organización. Se pueden ejecutar haciendo un cambio en el espacio físico donde se desenvuelven los trabajadores, implementando mayor recompensa, e induciendo a los jefes y administradores a cambiar su forma de manejo del personal y las relaciones interpersonales. Incluso muchas organizaciones ya han optado por establecer pausas y actividades recreativas y de relajación durante las horas laborales, lo que puede ayudar a disminuir los factores de riesgo vinculados con el establecimiento de trabajo.

2.9.4. PROGRAMAS

Dentro de la literatura sobre el tratamiento del síndrome, se describen cuatro importantes, que se basan en el individuo y su propia responsabilidad de cambiar para mejorar su salud y su vida, utilizando estrategias cognitivo-conductuales y medidas psicoeducacionales.

El programa “trabajando sobre tu carrera”, se desenvuelve mediante el ajuste de perspectivas y objetivos personales, cambiando además la autoimagen. Este programa está basado solamente en el tratamiento del síndrome más no en la prevención de este. Consta de 5 sesiones, una semanal y es una terapia grupal (Martínez Pérez, 2010).

El “control de estrés laboral” en cambio se preocupa de abarcar tanto el tratamiento como la prevención, realizando una reestructuración cognitiva, desarrollando estrategias de afrontamiento de estrés y técnicas para ayudar a las relaciones sociales, además de técnicas para establecer instrucciones para sí mismo, técnicas para solución de problemas y control de ira y asertividad. Este programa dura 14 sesiones, una por semana (Martínez Pérez, 2010).

Los programas “vitalidad” y “habilidades laborales” se centran en restablecer, mantener y desarrollar el estado físico, psicológico y recursos sociales del trabajador, aumentando los recursos de afrontamiento. Este programa necesita de numerosos profesionales que atiendan al paciente en diversas áreas, además que la terapia dura 12 días consecutivos, por lo que es un poco más complicado para los trabajadores poder asistir a este (Martínez Pérez, 2010).

CAPÍTULO III- METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la diferencia en la prevalencia de síndrome de Burnout entre las facultades Medicina, Psicología y Enfermería, Terapia Física y Nutrición?

Subdiagnóstico de síndrome de Burnout

Ausentismo, baja de rendimiento académico y deserción en los estudios universitarios

Falta de prevención y atención psicológica en estudiantes con contacto directo con pacientes enfermos

Riesgo de suicidio y alcoholismo en estudiantes con esta patología

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar y comparar las diferentes prevalencias de síndrome de Burnout en facultades relacionadas con la salud en el periodo de Junio a Julio de 2016 Y determinar la asociación entre carrera y desarrollo de síndrome de Burnout.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en cada facultad en el periodo de Junio a Julio de 2016.
- Verificar si el trabajo netamente psicológico (estudio de la mente y la conducta de las personas) es un factor de riesgo para desarrollar síndrome de desgaste laboral.

- Determinar si el tipo de atención y relación con el paciente influye con la prevalencia de esta patología
- Determinar la relación entre desarrollo de síndrome de Burnout y trabajo extra-académico (trabajo fuera de horas de práctica preprofesional)
- Determinar la relación entre redes de apoyo familiar y prevalencia de síndrome de desgaste laboral.

3.3. HIPÓTESIS

Para este estudio se han considerado diversas hipótesis, entre ellas, que existe una mayor prevalencia de síndrome de Burnout en la facultad de Psicología de la Pontificia universidad Católica del Ecuador, ya que hay una relación entre “trabajo netamente psicológico” y desarrollo del síndrome.

Además existe una mayor prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes que trabajan fuera de horas de clase y que se presenta una menor prevalencia de síndrome de desgaste laboral en estudiantes con redes de apoyo familiar (casados y con hijos).

3.4 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de corte transversal tipo analítico.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Síndrome de Burnout o desgaste laboral	Escala validada para clasificación de síndrome de Burnout	Agotamiento emocional Cinismo o despersonalización Realización personal	1 = Leve 2 = Modera 3 = Severa	Escala de Maslach
Agotamiento emocional	Escala validada para clasificación de síndrome de Burnout	9 ítems valorados de 0 a 6 puntos cada uno Máximo 54 puntos	3= 27-54 puntos 2 = 19-26 puntos 1 = 0-19 puntos	Subescala de agotamiento emocional (Maslach 1982)
Cinismo o despersonalización	Escala validada para clasificación de síndrome de Burnout	5 ítems valorados de 0 a 6 puntos cada uno Máximo 30 puntos	3 = 10-30 puntos 2 = 6-9 puntos 1 = 0-5 puntos	Subescala de cinismo o despersonalización (Maslach 1982)
Realización personal	Escala validada para clasificación de síndrome de Burnout	8 ítems valorados de 0 a 6 puntos cada uno Máximo 48 puntos	1= 40-48 2= 31-39 puntos 3 = 0-30 puntos	Subescala de realización personal (Maslach 1982)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento , en años	Años cumplidos	Años	Númerica
Sexo	Condición orgánica femenina o masculina	Masculino Femenino	1= Masculino 2 = Femenino	Nominal
Carrera	Facultad y rama en el que una persona está cursando sus estudios universitarios	Psicología Medicina Enfermería, nutrición y terapia física	1 = Psicología 2 = Medicina 3 = Enfermería, Nutrición, Terapia física	Nominal
Nivel	Semestre que una persona cursa en su carrera	Quinto Sexto Séptimo Octavo Noveno	1 = Quinto 2 = Sexto 3 = Séptimo 4 = Octavo 5 = Noveno	Nominal

		Decimo	6 = Decimo	
Estado civil	Condición de una persona según registro civil en función a si tiene o no una pareja	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Soltero = 1 Casado = 2 Unión libre = 3 Divorciado = 4 Viudo = 5	Nominal
Número de hijos		0, 1 , 2, 3 o más	Hijos	Numérica
Vivienda compartida	Personas con las que vive el encuestado.	Solo Con familia directa Con familia indirecta Residencia estudiantil	1 = Solo 2 = Con familia directa 3 = Con familia indirecta 4 = Residencia estudiantil	Nominal
Enfermedad crónica	“Enfermedad permanente, que deja incapacidad, que requiere entrenamiento especial para rehabilitación, son causadas por patología no reversible y/o requieren un largo periodo de supervisión, atención y observación” (BVS, 2016)	Enfermedad metabólica (diabetes, hipotiroidismo, hipertensión arterial, insuficiencia renal) Enfermedad reumática Discapacidad física o intelectual Patología psicológica o psiquiátrica (depresión, bipolaridad, atención dispersa, dislexia, etc.)	1 = Ausencia 2 = Presencia	Nominal
Practicas preprofesionales	Trabajo que realiza como parte de la carrera universitaria, obligatoria para culminar los estudios de pregrado.	Trabajo netamente psicosocial Trabajo físico-biológico	1 = Trabajo netamente psicosocial 2 = Trabajo físico-biológico	Nominal

Trabajo extra académico	Trabajo que el encuestado realiza fuera de las prácticas preprofesionales.	SI NO	1 = NO 2 = SI	Nominal
-------------------------	--	----------	------------------	---------

3.6. MUESTRA

La población analizada fue tomada aleatoriamente de los estudiantes de la facultad de Psicología matriculados de quinto a decimo nivel de la carrera, de la facultad de Medicina de quinto a décimo nivel y de la facultad de enfermería nutrición y terapia física cursando de quinto al octavo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, matriculados en periodo 2015-2016. La facultad de Medicina tiene 540 alumnos matriculados de quinto a decimo nivel, Psicología 600 alumnos, los cuales se dividen en psicología organizacional, educativa y clínica, y por último la facultad de nutrición, enfermería y terapia física cuenta con 82 alumnos de nutrición, 96 alumnos de terapia física y 60 alumnos de enfermería, lo que da un total de 238 alumnos de esta facultad matriculados de quinto al octavo nivel. La muestra fue calculada por facultad.

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ =Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

% Error	Nivel de Confianza	Valor Z calculado
1	99%	2.58
5	95%	1.96
10	90%	1.64

e = nivel de precisión absoluta o margen de error máximo admitido.

%	Valor d
90	0.1
95	0.05
99	0.001

Psicología

$$n_p = \frac{600(0,5)^2 (1,96)^2}{(600-1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (1,96)^2}$$

$$n_p = 99 \text{ alumnos}$$

Medicina

$$n_m = \frac{540(0,5)^2 (1,96)^2}{(540-1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (1,96)^2}$$

$$n_m = 97 \text{ alumnos}$$

Enfermería, Nutrición y terapia física

$$n_{net} = \frac{238(0,5)^2 (1,96)^2}{(238-1) (0,09)^2 + (0,5)^2 (1,96)^2}$$

$$n_{net} = 79 \text{ alumnos}$$

Por lo tanto es estudio requirió de 275 alumnos, 99 de psicología, 97 de medicina y 79 de enfermería.

3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS

La información fue obtenida aleatoriamente de los estudiantes de las tres facultades a través de una ficha de recolección electrónica, para registro de la información según las variables seleccionadas, misma fue almacenada y procesada en una base datos durante la investigación; el estudiante involucrado en el estudio tuvo conocimiento de lo que se realizó y aceptó la participación en este estudio a través del consentimiento informado, el cual aseguró confidencialidad y anonimato de los participantes.

Los estudiantes estudiados fueron sometidos a una encuesta que consta de 3 secciones, la primera sección está formada por el consentimiento informado, la segunda recolecta datos personales (edad, genero, facultad, semestre, estado civil número de hijos, vivienda, presencia de enfermedades crónicas, tipo de trabajo preprofesional que realiza, trabajo extrauniversitario) y la tercera sección está formada por la Maslach Burnout Inventory, la cual consta de 22 ítems, calificados por frecuencia del 0 (nunca) al 6 (todos los días). Esta escala valora agotamiento emocional con las preguntas número 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, despersonalización o cinismo con las preguntas número 5, 10, 11, 15 y 22, y la realización personal con las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Agotamiento emocional	27-54	19-26	≤ 18
Despersonalización	10-30	6-9	≤ 5
Realización personal	≤ 33	34-39	40-48

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Alumnos de ambos sexos que estén matriculados en el período 2015-2016.
- Alumnos que hayan dado su consentimiento para la realización de la encuesta
- Alumnos que asisten regularmente a clases.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que padezcan de alguna comorbilidad crónica, caracterizada por ser “Enfermedad permanente, que deja incapacidad, que requiere entrenamiento especial para rehabilitación, son causadas por patología no reversible y/o requieren un largo periodo de supervisión, atención y observación” (BVS, 2016)

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se recogieron los datos en matriz de Excel, para luego ser correctamente codificados y tabulados en una matriz de SPSS. Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias/porcentajes y de contingencia. Para medir si existe independencia entre las variables se utilizó *Chi cuadrado* (X^2) para tablas de *k* filas *x* *j* columnas. Se midió la asociación entre variables nominal - nominal usando *Coeficiente de contingencia* (*Cc*).

3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

Estudio de corte transversal de casos en base al análisis de datos obtenidos de los estudiantes, previa autorización a través del consentimiento informado para posterior uso de los mismos. Mediante el consentimiento informado se proporcionó información sobre este síndrome. Se mantuvo confidencialidad y anonimato en encuestas y resultados obtenidos. Se proporcionará los resultados de este estudio a la Dirección General de Estudiantes d la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para que se tomen las medidas respectivas según los mismos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. TAMAÑO MUESTRAL

Para la realización de este estudio, se tomó en cuenta un universo de 1378 estudiantes, 600 de la facultad de Psicología, 540 de Medicina y 238 de Enfermería, Nutrición y Terapia Física, información proporcionada por las secretarías de cada facultad.

Para ejecutar la recolección de datos, se enviaron encuestas vía correo electrónico, para lo cual se utilizó la base de datos de direcciones electrónicas personales e institucionales del departamento de informática de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Fueron respondidas 290 encuestas electrónicas, 14 fueron excluidas por ser estudiantes con enfermedades crónicas (metabólicas, psicológicas y reumáticas), de los cuales 8 fueron estudiantes de la facultad de Medicina, 4 estudiantes de la facultad de Psicología y 2 estudiantes de la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física.

Los estudiantes analizados dentro de esta investigación fueron 16.3% que se encontraban cursando quinto semestre, 22.1% sexto semestre, 22.1% séptimo, 19.2% octavo, 8.3% noveno y 12% decimo semestre (tabla 1 y figura 1).

Finalmente se analizaron los datos con 276 encuestas válidas para el estudio, obteniendo: 99 respuestas de estudiantes de psicología, de los cuales 12.4% (12) fueron de quinto semestre, 27.3% (27) de sexto, 19.2% (19) de séptimo, 15.2% (15) de octavo, 12.1% (12) de noveno y 14.1% (14) cursaba decimo nivel; 98 estudiantes de medicina, que se dividen en 24.5% (24) de quinto, 12.2% (12) de sexto, 18.4% (18) de séptimo, 17.3% (17) de octavo, 9.2% (9) de noveno y 18.4% (18) de decimo semestre; y 79 estudiantes de

enfermería, nutrición y Terapia Física de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 11.4% (9) fueron de quinto nivel, 27.8% (22) de sexto, 30.4% (24) de séptimo y 30.4% (24) de octavo nivel (tabla 2 y tabla 3). Los datos de recolectaron de Junio a Julio de 2016, completando el número total de la muestra calculada previamente.

4.2. ESTADISTICA DESCRIPTIVA VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Dentro del análisis estadístico descriptivo del estudio, se obtuvo una media de edad de 22.30 con una desviación estándar de 2.129, la mínima fue de 18 años y la máxima de 41 años (tabla 4). De los 276 participantes, 32,6% (90) eran hombres y 67,4% (186) eran mujeres (tabla 5 y gráfico 2).

En cuanto al estado civil de los participantes, 269 encuestados fueron solteros, lo que representa 97.5%, cinco respondieron ser casados, con 1.8%, uno divorciado y uno unión libre, representando el 0,4% de los participantes respectivamente (tabla 6 y gráfico 3). siete de los 276 encuestados tienen hijos, lo que significa el 2.5 % de la muestra, de estos, cuatro estudiantes con hijos son solteros y tres son casados (tabla 7 y 8).

Dentro de esta investigación fue importante la determinación de variables sociodemográficas como el trabajo extra-académico, que representó el 12.7% de los estudiantes que respondieron las encuestas (tabla 9 y gráfico 4), de estos 35 estudiantes que trabajan fuera de las horas académicas, 24 fueron estudiantes de psicología, lo que representa el 23.76% de los estudiantes de la facultad, ocho de medicina, representando al 7.84% de esta facultad y 2.37% (3) de la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia física.

Otra variable sociodemográfica importante, que afecta las redes de apoyo del individuo fue la vivienda compartida, en que se determina con quien vive el estudiante, variable que se dividió en individuos que viven solos que fueron 11.2% (31), estudiantes que viven con familia directa (padres, hermanos, pareja), grupo que fue constituido por 76.3% (212), estudiantes que viven con familia indirecta (tíos, primos, etc.) representados por 10.9% de los encuestados (30) y estudiantes que habitan en residencias estudiantiles, que fueron 1.1%(3) (Tabla 10 y figura 5).

4.3. SÍNDROME DE BURNOUT, AGOTAMIENTO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL

Basándonos en la bibliografía de Gálvez y Mingote, los casos positivos para SBO son aquellos que se califican como moderados y severos, siendo casos negativos los determinados como leves (Gálvez Herrer & Mingote Adán, 2009). Entre los 276 participantes de esta investigación, se observó que existe una prevalencia de 6.88% de síndrome de Burnout leve, 49.64% de SBO moderado y 43.47 % de SBO severo, por lo tanto la prevalencia de síndrome de Burnout en los estudiantes de las tres facultades estudiadas es de 93.11% (tabla 11 y figura 6).

El agotamiento emocional (AE) se presenta de manera leve en un 38.4%, moderado 29% y severo 32.60% (tabla 12 y figura 7). El cinismo o despersonalización se presenta levemente en el 43.12% de los casos, moderadamente en el 23.91% de los casos y en el 32.97% de manera severa (tabla 13 y figura 8), por último la falta de realización personal es moderada en el 24.64% y severa en el 50.72% de los casos (tabla 14 y figura 9).

Desglosando los porcentajes de síndrome de Burnout por facultad, se observó que de la facultad de Psicología, 89.89% de los encuestados son casos positivos de SBO, 48.48%

(48 casos) padecen SBO moderado y 41.41% (41 casos) SBO severo. Para la facultad de medicina los casos positivos suman el 95.92%, siendo el SBO severo el diagnóstico con mayor porcentaje con 54.08% (53 casos), seguido por el moderado con un 41.84% (41 casos).

En la facultad de Enfermería, Nutrición y terapia física, se observa una prevalencia similar, con 93.67%, con la diferencia que la categoría de Burnout moderado es notablemente mayor que la severa, con 60.76% (48 casos) y 32.91% (26 casos) respectivamente; valores que son estadísticamente significativos ($p=0.033$) y con una asociación leve ($CC=0.191$) (tabla 15 y figura 10).

El agotamiento emocional en los estudiantes de la facultad de psicología se presentó de manera leve en el 36.36%, moderado en 28.28% y severo en 35.35%. En la facultad de medicina el 22.45% de los estudiantes sufrieron agotamiento emocional leve, 36.73% moderado y 49.82% severo. El AE en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física fue 60.76% leve, 20.25% moderado y 18.99% severo. Datos con significancia estadística ($p=0.000^*$) y con asociación moderada ($Cc=0.302$) (Tabla 16 y figura 11).

En cuanto a la dimensión de despersonalización y cinismo, los estudiantes de la facultad de psicología presenta 48.48% DP leve, 22.22% DP moderado y 29.29% DP severo. En la facultad de medicina, 22.45% de los estudiantes presentan DP leve, 36.73% moderado y 40.82% severo, siendo esta la facultad con mayor despersonalización y trato cínico hacia compañeros y pacientes, a diferencia de la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física, que presenta bajos niveles de DP, con 60.76% DP leve, 20.25% moderado y 18.99% leve. Se calculó Chi cuadrado para esta asociación, el cual se reporta con un $p=0.424$, por lo tanto sin significancia estadística (tabla 17 y figura 12).

En la dimensión de realización personal se obtuvo datos preocupantes, ya que en las tres facultades estudiadas existe un porcentaje alto de casos con baja realización personal. Esta dimensión se clasificó como alta realización personal (leve), baja realización personal (moderado) y como muy baja realización personal (severo). Así la alta realización personal representa el 28.28% de estudiantes de psicología, 22.45% de Medicina y 22.78% de enfermería; la baja realización personal se presenta en el 23.23% de estudiantes de psicología, en el 26.53% de medicina y en el 24.05% de Enfermería, Nutrición y Terapia Física. Y por último y más importante, el 48.48% del estudiantes de PSI, el 51.02% de MED y el 53.16% de NET presentan muy baja realización personal (tabla 18 y figura 13).

Se analizó también la presencia de SBO según sexo, se obtuvo que el 91.11% de los estudiantes de sexo masculino presentan Burnout (48.89% moderado y 42.22% severo) y 94.09% de sexo femenino (50% moderado y 44.09% severo) (tabla 19 y figura 14), datos sin significancia estadística ($p=0.656$), al igual que con la variable de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Es importante también, recalcar los porcentajes de SBO según el tipo de trabajo preprofesional que los estudiantes ejercen durante sus estudios, se dividió en trabajo netamente psicológico y trabajo físico biológico y se observó que el 90.22% de los estudiantes que realizan sus prácticas preprofesionales en un ámbito netamente psicológico desarrollaron SBO, 47.83% fue moderado y 42.39% severo; los estudiantes que respondieron que si trabajo es físico-biológico, 94.56% desarrollaron SBO, 50.44% moderado y 44.02% severo. Por lo que se determinó que a pesar que el trabajo físico-biológico presentó mayor cantidad de casos, los estudiantes que realizan trabajo

netamente psicológico presentaron mayor severidad en un porcentaje superior ($p=0.404$) (tabla 20 y figura 15).

El trabajo extra-académico fue también una variable importante para este estudio, ya que los estudiantes que trabajan fuera de las prácticas académicas, tienen una menor prevalencia de SBO con 82.86%, a diferencia de los individuos que no trabajan que tienen una prevalencia de 94.6%, con una asociación leve ($p=0.037$; $CC=0.153$) (tabla 21 y figura 16). Dentro de las dimensiones del SBO la única en la que hubo significancia fue la realización personal, demostrando que los estudiantes que trabajan fuera de la universidad tienen mayor realización personal (tabla 22 y figura 17)

Durante este estudio se investigó la variable de vivienda compartida, en la que los estudiantes especificaron vivir con familia directa, familia indirecta, solos o en residencia estudiantil; para determinar si los compañeros de vivienda actuaban como un factor protector para el desarrollo de síndrome de Burnout. Al obtener los resultados, se demostró que un gran porcentaje de estudiantes que viven con su familia directa (93.39%) sufren SBO (50.94% SBO moderado y 42.45% SBO severo), el 100% de estudiantes que viven en residencia estudiantil padecen Burnout severo, sin existir casos sin SBO, ni casos de SBO moderado. De los estudiantes que viven solos, el 96.77% padecen SBO y más de la mitad padecen SBO severo (51.61%) (Tabla 23 y figura 18). De las dimensiones de esta patología, lo realmente destacable fue que en la dimensión de realización personal se observó que los estudiantes que viven con familia directa el 52.36% tienen muy baja realización personal (tabla 24 y figura 19). Al estudiar estos datos, los resultados esperados eran que los estudiantes que tienen mayor apoyo social presentan menor prevalencia del síndrome. Los resultados arrojaron que los estudiantes que viven solos o en residencia estudiantil tienen mayor prevalencia que los que viven con la familia, ya

sea directa o indirecta, por lo tanto la familia si representa una red de apoyo para el estudiante. Se esperaba que los resultados fueran mejores en los estudiantes que viven con familia directa, pero probablemente los padres ejercen mayor presión, ya que los estudiantes que viven con familia indirecta, el grupo con menor prevalencia del síndrome.

Para agrupar las variables se realizó análisis de homogeneidad con un análisis de correspondencia múltiple o MCA, que es el conjunto de tablas cruzadas en el que se proporciona un valor numérico a cada individuo y categoría, para acercarlos o separarlos según su grado de asociación. En el caso de este estudio, enfermería y medicina están agrupadas mediante el eje y, el mismo que los separa de psicología. Este eje también agrupa a enfermería con el sexo femenino y a psicología con el masculino, medicina comparte asociación con los dos sexos. El eje x, en cambio, agrupa a medicina y a psicología con casos severos y moderados de Burnout y asocia a enfermería con casos leves. Psicología se agrupa también con trabajo netamente psicológico (Figura 20).

Se analizó la prevalencia del síndrome de Burnout según el semestre que cursaba el estudiante, así se observó los niveles en los que existe mayor desarrollo del síndrome de Burnout por cada facultad. En la facultad de Psicología el semestre con mayor prevalencia de SBO fue noveno con el 100%, de ellos, 58.33% presentaron SBO moderado y 41.67% SBO severo; seguido por décimo nivel, que presenta una prevalencia de 92.86% (28.57% moderado y 64.29% severo); y sexto nivel, en el que 92.59% de los individuos padecen SBO, (48.15% moderado y 44.44% severo). Haciendo un análisis más profundo, de todos los estudiantes de la facultad de Psicología presentaron SBO moderado, 27.08% fueron de sexto semestre, seguido por séptimo con 25% de los casos de SBO moderado en PSI y tercero, noveno semestre con 14.58%, siendo décimo el semestre con menor prevalencia para estadio moderado de SBO. Sexto nivel también puntea primero en la prevalencia de

SBO severo en estudiantes de la facultad de Psicología, con 29.27% de los casos, en segundo lugar se encuentra decimo semestre con 21.95% y el nivel con menor prevalencia de SBO fue séptimo con 9.76% (tabla 25 y figura 21).

Para la Facultad de medicina, los semestres con mayor prevalencia de SBO fueron sexto y noveno, presentando el 100% de estudiantes de estos dos niveles puntuaciones para el diagnóstico del síndrome (en sexto nivel 50% padecen SBO moderado y 50% SBO severo), para noveno 11.11% presentan SBO moderado y 88.89% SBO severo), seguido por quinto nivel con el 95.83% de estudiantes (33.33% moderado y 62.5% severo). De todos los estudiantes de MED que presentaron SBO moderado, octavo nivel presenta el porcentaje más alto con 24.39%, seguido por décimo con 21.95%; noveno semestre fue el nivel con menor porcentaje de SBO moderado con 2.44%. Quinto semestre presenta el mayor nivel de estudiantes con SBO severo con 28.30%, le sucede séptimo semestre con 18.87% (figura 22).

En los participantes de este estudio pertenecientes a la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física, octavo nivel presenta una prevalencia del 100% de estudiantes que padecen SBO (62.5% moderado y 37.5% severo), siendo este semestre también el que puntea, entre los estudiantes diagnosticados con SBO moderado y severo con 31.25% en SBO moderado y 34.62% en SBO severo (figura 23).

Lastimosamente estos datos no tienen significancia estadística, debido a el método de toma de la muestra, que al ser completamente anónima, no fue realizada en bloques por semestres y causó pérdida de datos al momento de la tabulación, dando como resultados para psicología $p = 0.456$; Medicina: $p = 0.522$; Enfermería, Nutrición y Terapia Física: $p = 0.428$.

Para la dimensión de agotamiento emocional PSI tiene a séptimo semestre como el nivel con mayor porcentaje de estudiantes que presentan AE severo con 47.4%, MED a séptimo semestre, en el cual el 55.6% presentan SBO severo y NET a octavo con 25% (tabla 26, figura 24, figura 25, figura 26). Solamente para el caso de Psicología se obtuvo significancia estadística ($p=0.043$) y una asociación moderada ($CC=0.399$).

Los últimos semestres de las tres facultades estudiadas presentan mayor porcentaje de desarrollo de despersonalización severa, decimo para psicología y medicina con 57.1% y 50% respectivamente y para NET octavo con 33.33%, sin significancia estadística para ninguna de las facultades. (tabla27 y figura 27, figura 28 y figura 29)

Es importante que dentro de las tres facultades estudiadas hay muy baja realización personal, que se manifiesta más en quinto nivel de psicología con 66.7%, en noveno de medicina con el 100% de los estudiantes de ese nivel y en NET séptimo y octavo con 58.3% con significancia estadística (Psicología: $p=0.031$; Medicina: $p=0.045$; NET: $p=0.031$) con moderada asociación (Psicología: $CC=0.409$; Medicina $CC=0.400$; NET: $CC=0.387$) (tabla28 y figura 30, figura 31 y figura 32).

La variable sexo por facultad se valoró con Síndrome de Burnout, pero no se encontró significancia estadística en ninguna de las facultades (tabla 29), en cuanto a agotamiento emocional se observó significancia estadística únicamente para la facultad de Psicología, el sexo masculino presenta 15.91% de AE moderado y 47.73% AE severo y el sexo femenino presenta 38.13% AE moderado y 25.45% severo (tabla 30, figura 33) con baja asociación ($CC=0.269$). Otra asociación de la variable “Sexo” de la cual surgió significancia fue la baja realización personal para la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física, en la que los hombres presentan 6.67% baja realización personal y

46.63% muy baja realización personal y las mujeres presentan 28.13% baja RP y 54.69% muy baja RP, con una asociación baja ($CC=0.287$) (tabla 31 y figura 34).

Se analizó la variable de “vivienda compartida” discriminando por facultades, se obtuvieron resultados similares a los antes mencionados para MED y NET, los estudiantes que viven con familia directa y con familia indirecta presentan menor prevalencia del síndrome, siendo vivir solos y en residencia estudiantil, los grupos con mayor prevalencia del síndrome (100%). Pero para la facultad de psicología vivir solos presenta la menor prevalencia seguido por vivir con familia directa y indirecta con 88.88% y con 100% vivir en residencia estudiantil (tabla 32). En agotamiento emocional se observó el mismo patrón, para PSI y MED, la mayor cantidad de casos con agotamiento emocional moderado y severo fue de los estudiantes que viven solos o en residencia estudiantil. Para NET en cambio, los estudiantes solos presentaron menor cantidad de casos con AE moderado y severo (tabla 33). En cuanto a despersonalización y cinismo las tres facultades muestran el mismo patrón en el que vivir solos o en residencia estudiantil se asocia con mayor casos de despersonalización moderada y severa, siendo solamente los resultados de PSI ($p=0.011^*$) los estadísticamente significativos (tabla 34).

La práctica preprofesional netamente psicológica tiene una mayor prevalencia de SBO con 63.04, que el trabajo físico biológico que tiene una prevalencia de 60.87%. el agotamiento emocional es mayor en los estudiantes que realizan trabajo netamente psicológico con 28.3% de AE moderado y 34.8% de AE severo a comparación del trabajo físico- biológico que presenta 29.3% de AE moderado y 31.5% de AE severo (tabla 36). En la dimensión de despersonalización y cinismo, los estudiantes que realizan trabajo físico biológico representan el mayor porcentaje, con 22.28% de DP moderada y 35.33%

de DP severa (tabla 37); al igual que en la dimensión de realización personal, con 27.17% de baja realización personal y 28.29% de muy baja realización personal (tabla 38).

En las tres facultades estudiadas el síndrome de Burnout, el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal son mayores en los estudiantes que no realizan trabajo extra académico (tabla 39, tabla 40, tabla 41 y tabla 42).

Lastimosamente por el método que se escogió para la recolección de datos y las cantidades pequeñas de individuos viven solos o en residencia estudiantil, al igual que el tipo de prácticas profesionales, y de estudiantes que trabajan fuera de la universidad, se perdieron resultados para el análisis lo que quitó la significancia a estos datos.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de tres las facultades relacionadas con la salud, matriculados de quinto a decimo semestre en el caso de Medicina y Psicología y de quinto a octavo semestre de la Facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física; se escogieron estos semestres debido a que en MED los estudiantes inician el sistema de ABP (aprendizaje basado en problemas), además de iniciar las prácticas preprofesionales en los hospitales en quinto nivel; cabe recalcar que los estudiantes de esta carrera inician practicas preprofesionales en segundo nivel, con el sistema de IDIS (integración docencia investigación y servicio) en atención primaria de salud. Para los estudiantes de PSI se escogieron estos semestres para incluir el periodo en que se divide a los estudiantes por ramas y el periodo en el que inician prácticas preprofesionales. En NET la carrera de Enfermería inicia prácticas preprofesionales desde primer nivel, en Nutrición y Terapia Física se inicia desde segundo nivel hasta la culminación de la carrera.

Este estudio se realizó con 276 estudiantes, con una media de edad de 22.30 (desviación estándar de 2.129), 32.6% eran hombres y 67.4% eran mujeres. En todos los estudiantes analizados en este estudio, hay una prevalencia de 93.11% de SBO, no existen estudios que agrupen estas profesiones para el estudio del síndrome de Burnout, tampoco existen suficientes investigaciones en estudiantes de pregrado, razón por la cual se decidió en un principio realizar este estudio. La investigación más cercana al tema se realizó en el año 2009 en la Universidad de Manizales Colombia, en estudiantes de medicina de pregrado, en el que se incluyó a 234 individuos, 39.1% eran hombres y 60.9% mujeres, porcentajes

cercanos a los resultados del presente estudio, pero con una diferencia notable en la prevalencia del síndrome, ya que en los estudiantes de Manizales presentan 34% síndrome de Burnout, que representa aproximadamente un tercio de la prevalencia en los estudiantes de Medicina de la PUCE que el 95.92% presentan SBO. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el 42.3% de los estudiantes de la Universidad de Manizales presentan agotamiento emocional severo, 35.7% despersonalización y 39% baja realización personal, en la PUCE el porcentaje es de 49.52% de AE, 40.82% de DP y 51.02% BRP, todos mayores que en Colombia (Arango Agudelo, y otros, 2009).

Para los estudiantes de medicina existe otro estudio en Estado Unidos, en el que se analiza a 665 residentes aceptados en Consejo de acreditación para el programa de cirugía general, que presentan 69% de prevalencia de SBO, 57% de Agotamiento emocional, 50% despersonalización y 16% de baja realización personal, este estudio no discrimina a estas dimensiones como moderado y severo, a diferencia del actual estudio en el que 54.08% son SBO moderado y 41.84% severo, en cuanto a AE el 36.73% fue moderado y 49.52% severo, valores que si tomamos individualmente son menores que en el estudio con residentes de cirugía, pero en conjunto son claramente mayores, lo mismo sucede en las otras dos dimensiones del síndrome (Elmore, Jeffe, Jin, Awad, & Turnbull, 2016).

Es importante también tener en cuenta a Psicología, existe un estudio de 2006 que analiza la prevalencia y los factores sociodemográficos de síndrome de Burnout en una muestra de 451 psicólogos de diferentes estados. Estos profesionales tuvieron una media de edad de 37.97, con un mínimo de 21 y un máximo de 70 años. En el estudio mexicano se reporta que los psicólogos analizados en el estudio presentaron una prevalencia de 33.3% de alto AE, 32.6% de moderado AE y 34.2% de bajo AE, dimensión que con mayor

severidad, la despersonalización se presentó de 32.5% alta, 29.8% moderada y 36.8% baja.

Y la alta falta de realización personal se dio en el 30.1% de los casos, moderada en 35.5% y baja en 30.1% (Moreno Jimenez, Meda Lara, Rodríguez Muñoz, Palomera Chavez, & Morales Loo, 2006). En este estudio existe una prevalencia más alta en cuanto a las dimensiones, ya que el agotamiento emocional se presenta en 35.35% de manera severa, 28.28 de manera moderada y 36.36% de manera leve, la despersonalización alta tiene una prevalencia de 24.24%, la moderada de 22.22% y la leve de 48.43%. Y la dimensión de realización personal en la que 48.48% tienen alta falta de realización personal, 23.23% media y 28.28 baja. Para comparación de síndrome de Burnout en otro estudio de 203 psicólogos de España y Brasil, hubo una prevalencia de SBO de 46.86%, cifra marcadamente menor a la del presente estudio que está en 89.89%, al igual que en las dimensiones, que en el estudio hispano-brasilero, notifican 16.9% de AE, 11% de DP y 18.2% de falta de RP (Benevides Pereira, Gonzalez Gutiérrez, Moreno Jimenez, & Garrosa Hernandez).

El estudio “síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid” de Albarejo y colaboradores, analizaron a 622 profesionales del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, 58.7% enfermeras y 41.3% técnicos o auxiliares, 89.1% fueron mujeres y 10.9 fueron hombres, con una edad media de 38.96 años. En este estudio el 20.6% no sufrían de Burnout (SBO leve) 48.8% sufrían SBO moderado y 30.5% presentaron SBO severo, en cuanto al presente estudio, los estudiantes de NET de la PUCE presentaron valores mayores con 60.76% d SBO moderado y 32.91% SBO severo. Según Albarejo y cols., el 40% de profesionales presentaron AE bajo, 48.2% medio y 57.9% alto, en la Facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física de la PUCE

existe menor agotamiento emocional, que se expresa con 60.76% de AE bajo, moderado de 29.25% y severo de 18.99%, pero esto no se aplica a todas las dimensiones del síndrome, ya que hay un mayor rango de despersonalización y baja realización personal que se dio en 60.76% DP baja, 20.25% DP media y 15.99% DP severa, y 24.05% BRP y 53.16% muy baja RP en la PUCE y 57.9% DP baja, 32.8% DP media y 9.2% DP severa y 48.1% baja RP y 16.9% muy baja RP en el Hospital Clínico Universitario de Madrid. Lo que es preocupante, ya que en la mayoría de estudios la PUCE tiene mayor prevalencia no solo de síndrome sino también en relación a todas sus dimensiones (Albaladejo, y otros, 2004).

Otros estudios internacionales, realizados en Brasil, reportan resultados notablemente más bajos que los obtenidos entre estudiantes de la PUCE. En Sao Paulo, en 2008, se estableció una prevalencia de SBO de 24% de los trabajadores de salud comunitaria, de los cuales 71% presentaba agotamiento emocional, 35% despersonalización y 47.5% falta de realización personal (Da Silva & Menezes, 2008). Otro estudio realizado en Tubarao, en 2009 obtuvo una prevalencia de 42.6% de SBO, del cual 25.9% eran profesionales de UCI y 18.5% de UCIN (De Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009). En Salvador de Bahía 7.4% de médicos de UCI desarrollaron SBO y los cuidadores de pacientes portadores de VIH, presentaron una prevalencia de 26,4% con altos niveles de AE y DP (Vázquez-Cabrera & Carod-Artal, 2013). Los porcentajes de estudiantes con SBO en la PUCE son mayores a pesar de que los trabajadores analizados en las investigaciones en Brasil presentan mayor cantidad de estresores y por lo tanto mayor probabilidad de desarrollar síndrome de quemado por el trabajo, por ser trabajadores que se mantienen en constante relación con pacientes críticos y cercanos a la muerte.

En el Ecuador no existen estudios publicados sobre la prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes universitarios de pregrado, únicamente se han realizado investigaciones en trabajadores de hospitales como el hospital del IESS Carlos Andrade Marín, el hospital de la Policía, el hospital pediátrico Baca Ortiz y el ABEI, en lo que se estudió a los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería.

En 2013, Luzuriaga y González presentaron su estudio sobre prevalencia y factores sociodemográficos de Síndrome de Burnout en médicos del HCAM, en el que se incluyeron 314 médicos, entre ellos 165 médicos tratantes, 129 médicos residentes postgradistas y 20 residentes asistenciales, con una media de edad de 38.19 años. Muestra que a diferencia de la del presente estudio, presenta mayor cantidad de hombres con 64.6%. el estudio en el HCAM valoró variables sociodemográficas muy parecidas a la de esta investigación, como presencia de hijos, el estado civil, que por razones del tipo de individuos escogidos para la muestra, las frecuencias son completamente diferentes a las obtenidas en la PUCE, con 61.6% de profesionales con hijos, y un 64.4% de casados o con pareja estable. A pesar de que sigue siendo menor, la prevalencia de SBO de este estudio es la que más se aproxima a la de la actual investigación, con una prevalencia 77.7% en los profesionales del HCAM y el 83.22% en residentes postgradistas. Los médicos estudiados presentaron una mayor severidad en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización que los estudiantes de la PUCE, con AE severo de 44.9% y DP severa de 50.6%, hay que notar que en el caso de realización personal, los estudiantes de la PUCE presentan un porcentaje exageradamente mayor que los médicos del HCAM, quienes presentan 22% de muy baja realización personal y 44.6% de baja realización personal versus 50.72% de muy baja RP y 24.6% de baja RP en la PUCE (González Álvarez & Luzuriaga Mera, 2013).

Existe un estudio similar al presente en la facultad de Psicología de la PUCE, en el que se analizó a 17 estudiantes de decimo nivel de la carrera de psicología clínica para valorar niveles de fatiga por compasión, lastimosamente este estudio incluye muy pocos individuos, por lo que es poco significativo. En este estudio 70.6% fueron mujeres y 29.4% hombres, con una media de edad de 23.8 años. Este estudio no se enfoca en el síndrome de Burnout sino en la fatiga por compasión que es tomada como un paso previo al síndrome, pero para la valoración en el estudio mencionado, si se realizaron puntuaciones para el síndrome, obteniendo que el 29.4% de estudiantes presentó BO alto, 35.3% lo catalogaron como neutro y 35.3 como bajo, siendo este el porcentaje de estudiantes sin SBO. Valores notablemente menores que en el estudio en las tres facultades, incluso si se contrasta únicamente con los resultados de la facultad de psicología, los resultados del presente estudio son mucho mayores (Castillo Jurado, 2014).

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Los resultados de la prevalencia global de síndrome de Burnout en los estudiantes de psicología, medicina, enfermería, nutrición y terapia física, son notablemente altos, con 93.11%, es preocupante el hecho de que más de la mitad (50.72%) de los estudiantes presentó muy baja realización personal, los niveles más altos descritos en la literatura sobre este tema, tanto nacional como internacionalmente.

Aun discriminando a los estudiantes por facultad, la prevalencia sigue siendo muy alta para las tres facultades, incluso existen resultados más altos que en médicos especialistas de cuidados intensivos, quienes por su rama de trabajo tienen mayor propensión a desarrollar el síndrome que las demás especialidades. La prevalencia más alta y con mayor severidad es de 95.92% de medicina, seguido por NET con 93.67%, y Psicología tiene la menor prevalencia del síndrome, pero aun así con niveles bastante altos, presenta 89.89% ($p=0.033^*$).

Dentro de los resultados del estudio, se obtuvieron pocas asociaciones estadísticamente significativas, como estudiar en PSI, vivir solo o en residencia estudiantil y presentar despersonalización ($p=0.011^*$) o trabajar fuera de las horas académicas y presentar mayor realización personal ($p=0.050^*$).

En cuanto a AE, psicología presentó de manera leve en el 36.36%, moderado en 28.28% y severo en 35.35% ($P=0.000$) con mayor prevalencia en séptimo nivel ($p=0.043^*$). En la facultad de medicina el 22.45% de los estudiantes sufrieron agotamiento emocional

leve, 36.73% moderado y 49.82% severo; NET tuvo 60.76% leve, 20.25% moderado y 18.99% severo ($p=0.000^*$).

Es muy importante tomar en cuenta los altos niveles de “muy baja realización personal” que existe en estas tres facultades, PSI presenta 71.71% de estudiantes con baja o muy baja RP, que tiene una relación con quinto semestre, en el que se observa una prevalencia de 66.7% ($p=0.031^*$), MED con 77.55% de baja o muy baja RP, se relaciona con estar cursando noveno semestre, ya que de este nivel el 100% de los estudiantes presentan muy baja realización personal ($p=0.045^*$) y NET con 77.21% de BRP, que se asocia con séptimo y octavo nivel, que presentaron alta prevalencia con 58.3% ($p=0.031^*$).

Lastimosamente la hipótesis principal de este estudio no fue estadísticamente significativa, por lo que este estudio no comprueba que el trabajo netamente psicológico es un factor de riesgo para el desarrollo de SBO.

6.2 RECOMENDACIONES

Inicialmente se sugiere realizar talleres para los estudiantes de las tres carreras, en las que se dé a conocer sobre este síndrome, sus manifestaciones y consecuencias, además de estrategias de prevención y afrontamiento. Para estos talleres se recomienda la participación de la dirección general de estudiantes de la universidad junto con la oficina de bienestar estudiantil, para enseñar técnicas de afrontamiento de estrés, técnicas de relajación y respiración, así como incentivar a los estudiantes a fortalecer redes de apoyo dentro de su familia y fuera de ella y promover las actividades de ocio. Es importante que todos los estudiantes tengan a su alcance talleres que fomenten las técnicas de solución de conflictos y problemas, la asertividad u el manejo eficaz del tiempo.

Dados los preocupantes resultados en cuanto a realización personal se sugiere, implementar cursos o talleres en los que se ayude al estudiante a establecer expectativas realistas en cuanto a su profesión y a las metas establecidas para si mismo.

Es importante que la universidad conozca los casos con mayor riesgo de desarrollar SBO, para o que se recomienda realizar test de personalidad al inicio de la carrera universitaria y hacer un seguimiento de los estudiantes con comorbilidades, trastornos de la personalidad o personalidades tipo A, para evitar el desarrollo del síndrome.

Es importante realizar estudios complementarios a este, inicialmente se debería realizar un estudio estratificado o en bloque por facultades y niveles y de ser posible realizar test de Burnout al universo de la carrera, incluso se sugiere realizar MBI para estudiantes a toda la población universitaria, para así conocer también la prevalencia de Burnout académico en la universidad y realizar talleres adecuados a cada facultad. Y complementariamente realizar un estudio de cohorte en el que se pueda hacer un seguimiento de los casos, evolución y resolución.

Debido a que este no es solo una patología dependiente del individuo que la padece, es importante realizar cambios dentro de la universidad y sus docentes. Es realmente difícil hacer cambios en horarios y mallas curriculares, pero se sugiere realizar talleres a los docentes que se encargan de la tutoría de las practicas preprofesionales, para que se aplique un sistema de mayor incentivo al estudiante, dando una respuesta positiva e impulsadora al estudiante que realiza su trabajo con responsabilidad y habilidad, e incentivando también a los estudiantes que a pesar de no tener habilidades desarrolladas para ciertas tareas, las realizan con esfuerzo y dedicación. Se debe capacitar a los docentes, en cuanto al manejo del estrés y relaciones con los estudiantes, así enseñar al estudiante a preguntar sin temor cuando no está seguro o solicitar ayuda cuando lo

requiere o cuando siente que el trabajo es excesivo. También se debe enseñar estrategias para prevenir la competencia entre compañeros y profesores durante las horas de prácticas. Se sugiere también establecer un tiempo al final de las horas de práctica en las que se haga una autoevaluación de lo aprendido, las dudas y certezas que tiene cada estudiante, una retroalimentación constructiva para aumentar la seguridad del estudiante y mejorar el desempeño en su trabajo, lo que aumentaría la realización personal. Se debe hacer una evaluación estricta de los docentes en cuanto a la retroalimentación y a los incentivos que se dan durante las horas de práctica.

CAPÍTULO VII.

7. LITERATURA CITADA

- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. . *Work and Stress*, 244–263.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Dominguez, V. (2004). Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Revista espanola de salud publica*, 505-516.
- Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. . *International Journal of Nursing Studies*, 549–555.
- Al-Turki, H. A., Al-Turki, R. A., Al-Dardas, H. A., Al-Gazal, M. R., Al-Maghrabi, G. H., Al-Enizi, N. H., & al., e. (2010). Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. . *Annals of African Medicine*, 226–229.
- Alvarez Gallego, E., & Fernandez Rios, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 257-265.
- Aranda, C. y. (2003.-). Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México,. *Revista Psiquiatría Fac Med Barna*, 1-23.
- Arango Agudelo, S., Castaño Castrillón, J. J., Henao Restrepo, C. J., Jiménez Aguilar, D. P., López Henao, A. F., & Páez Cala, M. L. (2009). Síndrome de Burnout, y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). *Universidad de Manizales*.
- Aydemir, O., & Icelli, I. (2013). Burnout: Risk Factors. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: prevention in the context of Living and Working* (págs. 119-145). Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Bagaajav, A., Myagmarjav, S., Nanjid, K., Otgon, S., & Chae, Y. M. (2011). Burnout and job stress among Mongolian doctors and nurses. . *Industrial Health*, 582–588.
- Barraza, A. y. (2007). Síndrome de Burnout, un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango, Universidad Pedagógica de Durango. *Revista Ined*.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*,. Madrid.: McGraw-Hill.
- Benevides Pereira, A. M., Gonzalez Gutiérrez, L. J., Moreno Jimenez, B., & Garrosa Hernandez, E. (s.f.).
- Bleich, A. y. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. , . *An analysis of comorbidity. Brit, J, Psychiatric*.

- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 359–370.
- Brenninkmeijer, V., & Van Yperen, N. (2003). How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup Environ Med*: 60 (S1); 16-20.
- Brett, G. S. (1953). *Historia de la Psicología*. . Buenos aires: Editorial Paidós SA.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout . *Family and Community Health*, 12-24.
- Buendía, J., & Ramos, F. (2001). Empleo, Estrés y Salud. *Madrid: Pirámide*.
- Bürgin, H. (1980). Das Werk Thomas Manns. Eine Bibliographie. unter Mitarbeit von Walter A. Reichert und Erich Neumann. Frankfut a. M.
- BVS. (2016). Descriptores de salud. *Biblioteca Virtual de Salud*.
- Caballero Domínguez, C. C., Hederich, C., & Palacio Sañudo, J. E. (2010). El burnout académico:delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 131-146.
- Cáceres Bermejo, G. (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar. *Universidad Complutense de Madrid*.
- Capilla, P. (2000). El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación Facultad de Medicina*.
- Castañón, L. y. (2006). Asociación entre el Síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas de cuidados subóptimos y el reporte de los pacientes. *Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia*.
- Castillo Jurado, M. E. (2014). Niveles de fatiga por compasión en practicantes de psicología clínica, desde un enfoque integrativo. *Disertación previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico. Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Chacón, M. y. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos, Universidad Veracruziana Xalapla-México. *Revista Psicología y Salud, Vol 14*.
- Cherniss, C. (1980). Staff Burnout. . *London: Sage Publications*. .
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. . *En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research* . , 135-149.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? . *Journal of Personality*., 299–316.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PIR) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. *Odessa: Psychological Assessment Resources*.

- Da Silva, A. T., & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. . *Revista de Saúde Pública*, 921–929.
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. . *Journal of Psychosomatic Research*, 505–524.
- De Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. . *Cadernos de Saúde Pública*, 1559–1568.
- DSM IV. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Masson.
- DSM V. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Masson.
- Dueñas, M. y. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. *Revista Felsocem*, vol. 8.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 307-318.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Stages of disillusionment in the helping professions. . *Nueva York: Human Sciences Press*.
- Elmore, L., Jeffe, D., Jin, L., Awad, M., & Turnbull, I. (2016). National Survey of Burnout among US general Surgery Residents. *J Am coll surgery*, 1-34.
- Eysenck, H. J. (1953). The structure of human personality. . *Methuen The structure of human personality*. , 348.
- Fernández Vázquez, A., Gómez Cantorna, C., Lago Cancelo, M., Soto Cid, J., & Vidal Tubío, R. (2015). *Análisis del estrés laboral (Burnout) del profesorado del ámbito sanitario de Formación profesional del ayuntamiento de Santiago de Compostela*. Raleigh: Lulú press. inc.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 159-166.
- Gálvez Herrero, M., & Mingote Adán, J. C. (2009). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. Fernández: ediciones Díaz de Santos.
- García Jiménez, M. A., Moreno Farías, G., & Rivero Rodríguez, L. F. (2013). Presencia de conducta tipo “A” que refieren Friedman y Rosenman en enfermeras de hospitales de México. *Enf Neurol (Mex)* , 147-152.
- Gil-monte, P. R., & Peiró, M. J. (1998). A model of Burnout process development: An alternative from appraisal model of stress. *Comportamento organizacional e gestao*, 165-179.
- Gil-monte, P. R., & Peiró, M. J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 261-268.
- Gómez-Alcaina, B., Montero-Marín, J., Demarzo, M. M., Pereira, J. P., & García-Campayo, J. (2014). Utilidad de los marcadores biológicos en la detección precoz y prevención del síndrome de burnout [Usefulness of biological markers in early detection and

- prevention of burnout syndrome]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 245–253.
- Gongalves, E. y. (2002). Síndrome de Burnout en el médico general, . *Medicina General*.
- González Álvarez, M. G., & Luzuriaga Mera, L. S. (2013). Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y pefiles de personalidaden médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout que trabajan en el hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de diciembre 2012 . *Disertación previa a la obtención del titulo de médico cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. . *Research in Developmental Disabilities*, 1065–1074.
- Hallberg, U. E., Johansson, G., & Schaufeli, W. B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. . *Scandinavian Journal of Psychology*., 135–142.
- Hemmeter, U.-M. (2013). Treatment of Burnout: Overlap of Diagnosis. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working* (págs. 73-87). Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Henry, D. y. (1991). Organizattional and family systems factors in stress among ministers. *Am J Community Psychol*.
- Hillhouse, J. J., & Adler, C. M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. . *Social Science & Medicine*., 1781–1788.
- Horwitz, M. (1993). Stress Response síndromes, A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders, . *En: Wiison, JP and Raphael, New York*.
- J., T.-B., Lerch, V., Lerch, G., Devos, B. E., & Da Silva, S. (2014). Síndrome de Burnout entre estudiantes de pregrado en enfermería en universidad publica. . *latinoAm enfermagem*.
- Karl, D., & Fischer, M. (2013). Prevention and Communication: A Most Effective Tailored Treatment Strategies for Burnout. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: prevention in the context of Living and Working* (págs. 185-200). Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Kilfedder, C. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*., 383–396.
- Körner, S. C. (2003). *Dissertation “Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule”—Ein empirischer Beitrag zur Beschreibung des Burnout-Syndroms und seiner Verbreitung sowie zur Analyse von Zusammenhängen und potentiellen Ein fl ußfaktoren auf das Ausbrennen von Gymnasiallehrern*. Berlin.
- Kowalski, C., Driller, E., & Ernstmann, N. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 470–479.

- Latino, G. (2008). *Síndrome de Burnout en asistencial del hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez*,. Managua-Nicaragua.
- Lau, B., Hem, E., Berg, A. M., Ekeberg, O., & Torgersen, S. (2006). Personality types, coping, and stress in the Norwegian police service.. *Personality and Individual Differences*., 971–982.
- Linzer, M., Visser, M. R., & Oort, F. J. (2001). Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. . *The American Journal of Medicine*., 170–175.
- Llaneza, J., Mediano, L., & Fernández, G. (2001). El Burnout y los médicos: Un peligro desconocido. *Ricardo Prats y Asociados*. ., 11-93.
- Mansilla Izquierdo, F. (2016). Modelos teóricos-etiológicos del síndrome de burnout. *psicologia-online.com* .
- Manzano, G. y. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout, enfermeras y secretarias. *Fuente Interpsiquis*.
- Martínez Pérez, A. (2010). The Burnout Syndrome. Overview and Development. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, 43-80.
- Martínez Pérez, A. (2010). The Burnout Syndrome. Overview and Development of the Concept. *Vivat Academia*, 1-40.
- Maslach, C. (2003). Burnout: Cost of caring. *Cambridge: Malor Books*. .
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. . *Consulting Psychologist Press*.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout Author (s): Christina Maslach and Susan E . Jackson. *Wiley*, 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. . *San Francisco: Jossey-Bass*.
- Mattila, A. K., Ahola, K., & Honkonen, T. (2007). Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. . *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 657–665., 657–665.
- McMurray, J. E., Linzer, M., & Konrad, T. R. (2000). The work lives of women physicians: Results from the physician work life study. . *Journal of General Internal Medicine*., 372–380.
- Miller, T. (1996). Theory and assessment of stressful. . *Interntional Univesities Press Madison*.
- Monroy, G., & Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 237-246.
- Montero-Marín, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout: Validation of the “Burnout Clinical Subtype Quetionnaire (BCSQ-36). *BMC Public Health*

- Montero-Marín, J., Araya, R., Blazquez, B. O., Skapinakis, P., V. V., & García-Campayo, J. (2012). Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. . *BMC Pub Health*, 12-922.
- Montero-Marin, J., Garcia-Campayo, J., Mosquera, D., & Lopez Del Hoyo, Y. (2009). A New Definition of Burnout Syndrome Based on Farber's Proposal. *Journal of Occupational Medicina and Toxicology*, 1-17.
- Moreno Jimenez, B., Meda Lara, M., Rodríguez Muñoz, A., Palomera Chavez, A., & Morales Loo, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos : prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 5-13.
- Moreno, B. y. (2006). El Síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos. Prevalencia y factores demográficos asociados, Universidad Veracruziana, Xalapa-México,. *Revista Psicología y Salud*, Vol. 16.
- Muheim, F. (2013). Burnout: History of a Phenomenon. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: prevention in the context of Living and Working* (págs. 37-46). Basel: Springer Science+Business Media.
- Nuallaong, W. (2013). Burnout Symptoms and Cycles of Burnout: The Comparison with Psychiatric Disorders. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: prevention in the context of Living and Working* (págs. 47-75). Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Olivares, V. E., Mena-Miranda, L., Macía, F., & Jélvez, C. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Universitas Psychologica*.
- Ortega, C. y. (2003). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios, revisión y perspectivas.
- Oxford University. (2016). *Oxford Dictionary British and international English*.
- Paredes, O. L., & Sanabria-Fernand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 25-32.
- Paredes, O. y. (2007). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médicos-quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granad, Bogotá-Colombia. *revista Med Vol 6*.
- Pines, A., & Aronson, E. (1998). Career Burnout: causes and cure. *New York: Free Press*.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). P Burnout: From tedium to personal growth. *New York: Free Press*.
- RAE. (2016). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid.
- Roth, M., Morrone, K., Moody, K., Kim, M., Wang, D., & Moadel, A. (2011). Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatric Blood & Cancer.*, 1168–1173.

- Rowe, M. M., & Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 242–248.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 204–220.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques-Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 464–481.
- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). Professional Burnout, Recent developments in theory and research, London.
- Schwartz, M. S., & Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a hospital ward. *Psychiatry*, 337–353.
- Sehlen, S., Vordermark, D., & Schäfer, C. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: A multicenter analysis by the DEGRO quality of life work group. . *Radiation Oncology*, 4-6.
- Sertöz, Ö. Ö., Binbay, I. T., & Köylü, E. .. (2008). The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 1459–1465.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organisations. *International review of industrial and organizational psychology*, 25–48.
- Smith, M. J., Conway, F. T., & Karsh, B. T. (1999). Occupational stress in human computer interaction. . *Industrial Health*, 157–173.
- Topf, M., & Dillon, E. (1988). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. . *Heart & Lung*, 567–574.
- Tortora, G. J., & Derrickson, B. (2013). *Principios de anatomía y fisiología*. Mexico DF: Panamericana.
- Vázquez-Cabrera, C., & Carod-Artal, F. J. (2013). Burnout Syndrome in an International Setting. En S. Bährer-Kohler, *Burnout for Experts: prevention in the context of Living and Working* (págs. 15-36). Nueva York: Springer Science+Business Media.
- Waldman, S. V., Diez, J. C., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. .. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 296–301.
- Zellars, K. L., Perrewe, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 1570–1598.

CAPÍTULO VIII

8. TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje por semestre/nivel

	Frecuencia	Porcentaje
Quinto	45	16.30
Sexto	61	22.10
Séptimo	61	22.10
Octavo	56	20.29
Noveno	21	7.61
Décimo	32	11.59
Total	276	100

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por Facultad

	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	99	35.90
Medicina	98	35.51
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	79	28.60
Total	276	100.00

Tabla 3. Casos y porcentaje de semestres por facultad

		Semestre/ Nivel						Total
		Quinto	Sexto	Séptim o	Octavo	Noven o	Décim o	
Psicología	Casos	12	27	19	15	12	14	99
	% dentro de Faculta d	12.12 %	27.27 %	19.19%	15.15 %	12.12%	14.14%	100.00 %
Medicina	Casos	24	12	18	17	9	18	98

	% dentro de Faculta d	24.48 %	12.24 %	18.36%	17.34 %	9.18%	18.36%	100.00 %
Enfermería . Nutrición y Terapia Física	Casos	9	22	24	24	0	0	79
	% dentro de Faculta d	11.39 %	27.84 %	30.38%	30.38 %	0.00%	0.00%	100.00 %

Tabla 4. Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	276	18	41	22.30	2.129

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	90	32.61
Femenino	186	67.39
Total	276	100

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje por estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	269	97.46
Casado	5	1.81
Unión Libre	1	0.36
Divorciado	1	0.36
Total	276	100

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje se estudiantes con hijos

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	2.54
No	269	97.46
Total	276	100

Tabla 8. Casos de estudiantes con hijos por estado civil

	Presencia de hijos		Total
	Si	No	
Soltero	4	265	269
Casado	3	2	5
Unión Libre	0	1	1
Divorciado	0	1	1

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de trabajo extra-académico

	Frecuencia	Porcentaje
No	241	87.31
Si	35	12.68

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje por vivienda compartida

	Frecuencia	Porcentaje
Solo	31	11.23
Familia directa	212	76.81
Familia indirecta	30	10.86
Residencia estudiantil	3	1.08
Total	276	100

Tabla 11. Frecuencia y prevalencia de síndrome de Burnout

Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Leve	19	6.88
Moderado	137	49.64
Severa	120	43.47
Total	276	100

Tabla 12. Frecuencia y prevalencia de agotamiento emocional

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	106	38.40
Moderado	80	29
Severa	90	32.60
Total	276	100

Tabla 13. Frecuencia y prevalencia de despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	119	43.12
Moderado	66	23.91
Severa	91	32.97
Total	276	100.00

Tabla 14. Frecuencia y prevalencia de realización personal

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	68	24.64
Moderado	68	24.64
Severa	140	50.72
Total	276	100.00

Tabla 15. Frecuencias y prevalencias de SBO por facultad

Facultad		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Casos	10	48	41	99
	% dentro de Facultad	10.10%	48.48%	41.41%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	52.63%	35.04%	34.17%	35.87%
Medicina	Casos	4	41	53	98
	% dentro de Facultad	4.08%	41.84%	54.08%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	29.93%	44.17%	35.51%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Casos	5	48	26	79
	% dentro de Facultad	6.33%	60.76%	32.91%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	26.32%	35.04%	21.67%	28.62%
Total	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Facultad	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:4} = 10.498$. $p = 0.033^*$; $CC = 0.191$. $p = 0.033^*$

Tabla 16. Porcentaje de Agotamiento emocional por facultad

Facultad		Agotamiento Emocional			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Casos	36	28	35	99
	% dentro de Facultad	36.36%	28.28%	35.35%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	33.96%	35.00%	38.89%	35.87%
Medicina	Casos	22	36	40	98
	% dentro de Facultad	22.45%	36.73%	40.82%	100.00%

	% dentro de Agotamiento Emocional	20.75%	45.00%	44.44%	35.51%
Enfermería.	Casos	48	16	15	79
	% dentro de Facultad	60.76%	20.25%	18.99%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	45.28%	20.00%	16.67%	28.62%
Total	Casos	106	80	90	276
	% dentro de Facultad	38.41%	28.99%	32.61%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:4} = 27.757$. $p = 0.000^*$; $CC = 0.302$. $p = 0.000^*$

Tabla 17. Porcentaje de despersonalización por facultad

Facultad		Despersonalización			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Casos	48	22	29	99
	% dentro de Facultad	48.48%	22.22%	29.29%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	40.34%	33.33%	31.87%	35.87%
Medicina	Casos	39	21	38	98
	% dentro de Facultad	39.80%	21.43%	38.78%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	32.77%	31.82%	41.76%	35.51%
Enfermería.	Casos	32	23	24	79
	% dentro de Facultad	40.51%	29.11%	30.38%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	26.89%	34.85%	26.37%	28.62%
Total	Casos	119	66	91	276
	% dentro de Facultad	43.12%	23.91%	32.97%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:4} = 3.871$. $p = 0.424$.

Tabla 18. Porcentaje de estudiantes con baja realización personal por facultad

Facultad		Realización Personal			Total
		Leve (alta RP)	Moderado (baja RP)	Severa (Muy baja RP)	
Psicología	Casos	28	23	48	99
	% dentro de Facultad	28.28%	23.23%	48.48%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	41.18%	33.82%	34.29%	35.87%
Medicina	Casos	22	26	50	98
	% dentro de Facultad	22.45%	26.53%	51.02%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	32.35%	38.24%	35.71%	35.51%
Enfermería.	Casos	18	19	42	79
	% dentro de Facultad	22.78%	24.05%	53.16%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	26.47%	27.94%	30.00%	28.62%
Total	Casos	68	68	140	276
	% dentro de Facultad	24.64%	24.64%	50.72%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:4} = 2.260. p = 0.868$$

RP: Realización personal

Tabla 19. Porcentaje de SBO según sexo

Sexo		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Masculino	Casos	8	44	38	90
	% dentro de Sexo	8.89%	48.89%	42.22%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	42.11%	32.12%	31.67%	32.61%

Femenino	Casos	11	93	82	186
	% dentro de Sexo	5.91%	50.00%	44.09%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	57.89%	67.88%	68.33%	67.39%
Total	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Sexo	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:2} = 0.843. p = 0.656$$

Tabla 20. Porcentaje de SBO según tipo de prácticas preprofesionales

Prácticas Preprofesionales		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Trabajo netamente	Casos	9	44	39	92
	% dentro de Prácticas preprofesionales	9.78%	47.83%	42.39%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	47.37%	32.12%	32.50%	33.33%
Trabajo físico- biológico	Casos	10	93	81	184
	% dentro de Prácticas preprofesionales	5.43%	50.54%	44.02%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	52.63%	67.88%	67.50%	66.67%
Total	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Prácticas preprofesionales	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:2} = 1.813. p = 0.404$$

Tabla 21 Porcentaje de SBO según trabajo extra académico

Trabajo extra académico		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
No	Casos	13	122	106	241
	% dentro de Trabajo extra académico	5.39%	50.62%	43.98%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	68.42%	89.05%	88.33%	87.32%
Si	Casos	6	15	14	35
	% dentro de Trabajo extra académico	17.14%	42.86%	40.00%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	31.58%	10.95%	11.67%	12.68%
Total	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Trabajo extra académico	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:2} = 6.611, p = 0.037^*; CC = 0.153, p = 0.037^*$$

Tabla 22 Porcentaje de RP según trabajo extra académico

Trabajo Extra- académico		Realización Personal			Total
		Leve	Moderado	Severa	
No	Casos	54	59	128	241
	% dentro de Trabajo extra académico	22.41%	24.48%	53.11%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	79.41%	86.76%	91.43%	87.32%
Si	Casos	14	9	12	35
	% dentro de Trabajo extra académico	40.00%	25.71%	34.29%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	20.59%	13.24%	8.57%	12.68%

Total	Casos	68	68	140	276
	% dentro de Trabajo extra académico	24.64%	24.64%	50.72%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:2} = 5.994. p = 0.050^*; CC = 0.146. p = 0.050^*$$

Tabla 23. Porcentaje de Síndrome de Burnout según vivienda compartida

Vivienda compartida		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Solo	Casos	1	14	16	31
	% dentro de Vivienda compartida	3.23%	45.16%	51.61%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	5.26%	10.22%	13.33%	11.23%
Familia	Casos	14	108	90	212
	% dentro de Vivienda compartida	6.60%	50.94%	42.45%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	73.68%	78.83%	75.00%	76.81%
Familia	Casos	4	15	11	30
	% dentro de Vivienda compartida	13.33%	50.00%	36.67%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	10.95%	9.17%	10.87%
Residen	Casos	0	0	3	3
	% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	0.00%	2.50%	1.09%
Total	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Vivienda compartida	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:6} = 7.381. p = 0.287$$

Tabla 24. Porcentaje de RP según vivienda compartida

Vivienda compartida		Realización Personal			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Solo	Casos	7	10	14	31
	% dentro de Vivienda compartida	22.58%	32.26%	45.16%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	10.29%	14.71%	10.00%	11.23%
Fa	Casos	50	51	111	212

		% dentro de Vivienda compartida	23.58%	24.06%	52.36%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	73.53%	75.00%	79.29%	76.81%
Familia indirecta	Casos		11	6	13	30
	% dentro de Vivienda compartida		36.67%	20.00%	43.33%	100.00%
	% dentro de Realización Personal		16.18%	8.82%	9.29%	10.87%
Residencia	Casos		0	1	2	3
	% dentro de Vivienda compartida		0.00%	33.33%	66.67%	100.00%
	% dentro de Realización Personal		0.00%	1.47%	1.43%	1.09%
Total	Casos		68	68	140	276
	% dentro de Vivienda compartida		24.64%	24.64%	50.72%	100.00%
	% dentro de Realización Personal		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:6} = 4.537. p = 0.604$$

Tabla 25. Porcentaje de SBO por semestre/ Nivel en cada facultad

Facultad			síndrome de Burnout			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Quinto	Casos	1	6	5	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	8.33%	50.00%	41.67%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	10.00%	12.50%	12.20%	12.12%
	Sexto	Casos	2	13	12	27
		% dentro de Semestre/ Nivel	7.41%	48.15%	44.44%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	20.00%	27.08%	29.27%	27.27%
	Séptimo	Casos	3	12	4	19
		% dentro de Semestre/ Nivel	15.79%	63.16%	21.05%	100.00%

Medicina		% dentro de síndrome de Burnout	30.00%	25.00%	9.76%	19.19%
	Octavo	Casos	3	6	6	15
		% dentro de Semestre/ Nivel	20.00%	40.00%	40.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	30.00%	12.50%	14.63%	15.15%
	Noveno	Casos	0	7	5	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	58.33%	41.67%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	14.58%	12.20%	12.12%
	Décimo	Casos	1	4	9	14
		% dentro de Semestre/ Nivel	7.14%	28.57%	64.29%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	10.00%	8.33%	21.95%	14.14%
	Quinto	Casos	1	8	15	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	4.17%	33.33%	62.50%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	25.00%	19.51%	28.30%	24.49%
	Sexto	Casos	0	6	6	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	50.00%	50.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	14.63%	11.32%	12.24%
	Séptimo	Casos	1	7	10	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	5.56%	38.89%	55.56%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	25.00%	17.07%	18.87%	18.37%
	Octavo	Casos	1	10	6	17
		% dentro de Semestre/ Nivel	5.88%	58.82%	35.29%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	25.00%	24.39%	11.32%	17.35%
	No	Casos	0	1	8	9

		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	11.11%	88.89%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	2.44%	15.09%	9.18%
	Décimo	Casos	1	9	8	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	5.56%	50.00%	44.44%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	25.00%	21.95%	15.09%	18.37%
	Quinto	Casos	2	5	2	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	22.22%	55.56%	22.22%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	40.00%	10.42%	7.69%	11.39%
	Sexto	Casos	1	14	7	22
		% dentro de Semestre/ Nivel	4.55%	63.64%	31.82%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	20.00%	29.17%	26.92%	27.85%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Séptimo	Casos	2	14	8	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	8.33%	58.33%	33.33%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	40.00%	29.17%	30.77%	30.38%
	Octavo	Casos	0	15	9	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	62.50%	37.50%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	31.25%	34.62%	30.38%
	Quinto	Casos	4	19	22	45
		% dentro de Semestre/ Nivel	8.89%	42.22%	48.89%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	13.87%	18.33%	16.30%
	Sexto	Casos	3	33	25	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	4.92%	54.10%	40.98%	100.00%
Total	Quinto	Casos	4	19	22	45
		% dentro de Semestre/ Nivel	8.89%	42.22%	48.89%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	13.87%	18.33%	16.30%
	Sexto	Casos	3	33	25	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	4.92%	54.10%	40.98%	100.00%

		% dentro de síndrome de Burnout	15.79%	24.09%	20.83%	22.10%
		Casos	6	33	22	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	9.84%	54.10%	36.07%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	31.58%	24.09%	18.33%	22.10%
		Casos	4	31	21	56
		% dentro de Semestre/ Nivel	7.14%	55.36%	37.50%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	22.63%	17.50%	20.29%
		Casos	0	8	13	21
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	38.10%	61.90%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	5.84%	10.83%	7.61%
		Casos	2	13	17	32
		% dentro de Semestre/ Nivel	6.25%	40.63%	53.13%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	10.53%	9.49%	14.17%	11.59%
		Casos	19	137	120	276
		% dentro de Semestre/ Nivel	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Psicología: $X^2_{gl:10} = 9.824$. $p = 0.456$; Medicina: $X^2_{gl:10} = 9.111$. $p = 0.522$; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 5.954$. $p = 0.428$

Tabla 26. Porcentaje de AE por semestre/ Nivel en cada facultad

		Facultad	Agotamiento Emocional			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Quinto	Casos	3	9	0	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	25.00%	75.00%	0.00%	100.00%

Medicina		% dentro de Agotamiento Emocional	8.33%	32.14%	0.00%	12.12%
	Sexto	Casos	9	7	11	27
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	25.93%	40.74%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	25.00%	25.00%	31.43%	27.27%
	Séptimo	Casos	8	2	9	19
		% dentro de Semestre/ Nivel	42.11%	10.53%	47.37%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	22.22%	7.14%	25.71%	19.19%
	Octavo	Casos	7	3	5	15
		% dentro de Semestre/ Nivel	46.67%	20.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	19.44%	10.71%	14.29%	15.15%
	Noveno	Casos	5	3	4	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	41.67%	25.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	13.89%	10.71%	11.43%	12.12%
	Décimo	Casos	4	4	6	14
		% dentro de Semestre/ Nivel	28.57%	28.57%	42.86%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	11.11%	14.29%	17.14%	14.14%
	Quinto	Casos	7	9	8	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	29.17%	37.50%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	31.82%	25.00%	20.00%	24.49%
	Sexto	Casos	2	6	4	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	16.67%	50.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	9.09%	16.67%	10.00%	12.24%
	Sé	Casos	4	5	9	18

Enfermería. Nutrición y Terapia Física		% dentro de Semestre/ Nivel	22.22%	27.78%	50.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	18.18%	13.89%	22.50%	18.37%
	Octavo	Casos	4	7	6	17
		% dentro de Semestre/ Nivel	23.53%	41.18%	35.29%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	18.18%	19.44%	15.00%	17.35%
	Noveno	Casos	1	3	5	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	11.11%	33.33%	55.56%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	4.55%	8.33%	12.50%	9.18%
	Décimo	Casos	4	6	8	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	22.22%	33.33%	44.44%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	18.18%	16.67%	20.00%	18.37%
	Quinto	Casos	7	0	2	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	77.78%	0.00%	22.22%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	14.58%	0.00%	13.33%	11.39%
	Sexto	Casos	14	5	3	22
		% dentro de Semestre/ Nivel	63.64%	22.73%	13.64%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	29.17%	31.25%	20.00%	27.85%
	Séptimo	Casos	15	5	4	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	62.50%	20.83%	16.67%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	31.25%	31.25%	26.67%	30.38%
	Octavo	Casos	12	6	6	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	50.00%	25.00%	25.00%	100.00%

		% dentro de Agotamiento Emocional	25.00%	37.50%	40.00%	30.38%
Total	Quinto	Casos	17	18	10	45
		% dentro de Semestre/ Nivel	37.78%	40.00%	22.22%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	16.04%	22.50%	11.11%	16.30%
	Sexto	Casos	25	18	18	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	40.98%	29.51%	29.51%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	23.58%	22.50%	20.00%	22.10%
	Séptimo	Casos	27	12	22	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	44.26%	19.67%	36.07%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	25.47%	15.00%	24.44%	22.10%
	Octavo	Casos	23	16	17	56
		% dentro de Semestre/ Nivel	41.07%	28.57%	30.36%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	21.70%	20.00%	18.89%	20.29%
	Noveno	Casos	6	6	9	21
		% dentro de Semestre/ Nivel	28.57%	28.57%	42.86%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	5.66%	7.50%	10.00%	7.61%
	Décimo	Casos	8	10	14	32
		% dentro de Semestre/ Nivel	25.00%	31.25%	43.75%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	7.55%	12.50%	15.56%	11.59%

Psicología: $X^2_{gl:10} = 18.766$. $p = 0.043^*$. CC = 0.399. $p = 0.043$; Medicina: $X^2_{gl:10} = 3.864$. $p = 0.953$; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 3.995$. $p = 0.677$

Tabla 27. Porcentaje de DC por semestre/ Nivel en cada facultad

Facultad			Despersonalización			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Quinto	Casos	4	5	3	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	41.67%	25.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	8.33%	22.73%	10.34%	12.12%
	Sexto	Casos	16	3	8	27
		% dentro de Semestre/ Nivel	59.26%	11.11%	29.63%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	33.33%	13.64%	27.59%	27.27%
	Séptimo	Casos	8	5	6	19
		% dentro de Semestre/ Nivel	42.11%	26.32%	31.58%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	16.67%	22.73%	20.69%	19.19%
	Octavo	Casos	7	5	3	15
		% dentro de Semestre/ Nivel	46.67%	33.33%	20.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	14.58%	22.73%	10.34%	15.15%
	Noveno	Casos	9	2	1	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	75.00%	16.67%	8.33%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	18.75%	9.09%	3.45%	12.12%
	Décimo	Casos	4	2	8	14
		% dentro de Semestre/ Nivel	28.57%	14.29%	57.14%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	8.33%	9.09%	27.59%	14.14%
Medicina	Quinto	Casos	8	7	9	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	29.17%	37.50%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	20.51%	33.33%	23.68%	24.49%

	Sexto	Casos	7	2	3	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	58.33%	16.67%	25.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	17.95%	9.52%	7.89%	12.24%
	Séptimo	Casos	6	5	7	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	27.78%	38.89%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	15.38%	23.81%	18.42%	18.37%
	Octavo	Casos	9	2	6	17
		% dentro de Semestre/ Nivel	52.94%	11.76%	35.29%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	23.08%	9.52%	15.79%	17.35%
	Noveno	Casos	3	2	4	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	22.22%	44.44%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	7.69%	9.52%	10.53%	9.18%
	Décimo	Casos	6	3	9	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	16.67%	50.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	15.38%	14.29%	23.68%	18.37%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Quinto	Casos	4	3	2	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	44.44%	33.33%	22.22%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	12.50%	13.04%	8.33%	11.39%
	Sexto	Casos	6	9	7	22
		% dentro de Semestre/ Nivel	27.27%	40.91%	31.82%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	18.75%	39.13%	29.17%	27.85%
	Séptimo	Casos	10	7	7	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	41.67%	29.17%	29.17%	100.00%

		% dentro de Despersonalización	31.25%	30.43%	29.17%	30.38%
	Octavo	Casos	12	4	8	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	50.00%	16.67%	33.33%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	37.50%	17.39%	33.33%	30.38%
Total	Quinto	Casos	16	15	14	45
		% dentro de Semestre/ Nivel	35.56%	33.33%	31.11%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	13.45%	22.73%	15.38%	16.30%
	Sexto	Casos	29	14	18	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	47.5%	23.0%	29.5%	100.0%
		% dentro de Despersonalización	24.4%	21.2%	19.8%	22.1%
	Séptimo	Casos	24	17	20	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	39.34%	27.87%	32.79%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	20.17%	25.76%	21.98%	22.10%
	Octavo	Casos	28	11	17	56
		% dentro de Semestre/ Nivel	50.00%	19.64%	30.36%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	23.53%	16.67%	18.68%	20.29%
	Noveno	Casos	12	4	5	21
		% dentro de Semestre/ Nivel	57.14%	19.05%	23.81%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	10.08%	6.06%	5.49%	7.61%
	Décimo	Casos	10	5	17	32
		% dentro de Semestre/ Nivel	31.25%	15.63%	53.13%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	8.40%	7.58%	18.68%	11.59%

Psicología: $X^2_{gl:10} = 15.410$. $p = 0.118$; Medicina: $X^2_{gl:10} = 5.879$. $p = 0.825$;
Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 4.204$. $p = 0.649$

Tabla 28. Porcentaje de RP por semestre/ Nivel en cada facultad

Facultad			Realización Personal			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Quinto	Casos	3	1	8	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	25.00%	8.33%	66.67%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	10.71%	4.35%	16.67%	12.12%
	Sexto	Casos	6	8	13	27
		% dentro de Semestre/ Nivel	22.22%	29.63%	48.15%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	21.43%	34.78%	27.08%	27.27%
	Séptimo	Casos	11	4	4	19
		% dentro de Semestre/ Nivel	57.89%	21.05%	21.05%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	39.29%	17.39%	8.33%	19.19%
	Octavo	Casos	5	1	9	15
		% dentro de Semestre/ Nivel	33.33%	6.67%	60.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	17.86%	4.35%	18.75%	15.15%
	Noveno	Casos	0	5	7	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	41.67%	58.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	0.00%	21.74%	14.58%	12.12%
	Décimo	Casos	3	4	7	14
		% dentro de Semestre/ Nivel	21.43%	28.57%	50.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	10.71%	17.39%	14.58%	14.14%
Medicina	Quinto	Casos	7	4	13	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	29.17%	16.67%	54.17%	100.00%

Enfermería. Nutrición y Terapia Física		% dentro de Realización Personal	31.82%	15.38%	26.00%	24.49%
	Sexto	Casos	0	5	7	12
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	41.67%	58.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	0.00%	19.23%	14.00%	12.24%
	Séptimo	Casos	5	6	7	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	27.78%	33.33%	38.89%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.73%	23.08%	14.00%	18.37%
	Octavo	Casos	5	7	5	17
		% dentro de Semestre/ Nivel	29.41%	41.18%	29.41%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.73%	26.92%	10.00%	17.35%
	Noveno	Casos	0	0	9	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	0.00%	0.00%	18.00%	9.18%
	Décimo	Casos	5	4	9	18
		% dentro de Semestre/ Nivel	27.78%	22.22%	50.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.73%	15.38%	18.00%	18.37%
	Quinto	Casos	4	2	3	9
		% dentro de Semestre/ Nivel	44.44%	22.22%	33.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.22%	10.53%	7.14%	11.39%
	Sexto	Casos	9	2	11	22
		% dentro de Semestre/ Nivel	40.91%	9.09%	50.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	50.00%	10.53%	26.19%	27.85%
	Sé	Casos	4	6	14	24

Total		% dentro de Semestre/ Nivel	16.67%	25.00%	58.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.22%	31.58%	33.33%	30.38%
	Octavo	Casos	1	9	14	24
		% dentro de Semestre/ Nivel	4.17%	37.50%	58.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	5.56%	47.37%	33.33%	30.38%
	Quinto	Casos	14	7	24	45
		% dentro de Semestre/ Nivel	31.11%	15.56%	53.33%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	20.59%	10.29%	17.14%	16.30%
	Sexto	Casos	15	15	31	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	24.59%	24.59%	50.82%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	22.06%	22.06%	22.14%	22.10%
	Séptimo	Casos	20	16	25	61
		% dentro de Semestre/ Nivel	32.79%	26.23%	40.98%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	29.41%	23.53%	17.86%	22.10%
	Octavo	Casos	11	17	28	56
		% dentro de Semestre/ Nivel	19.64%	30.36%	50.00%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	16.18%	25.00%	20.00%	20.29%
	Noveno	Casos	0	5	16	21
		% dentro de Semestre/ Nivel	0.00%	23.81%	76.19%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	0.00%	7.35%	11.43%	7.61%
	Décimo	Casos	8	8	16	32
		% dentro de Semestre/ Nivel	25.00%	25.00%	50.00%	100.00%

		% dentro de Realización Personal	11.76%	11.76%	11.43%	11.59%
--	--	----------------------------------	--------	--------	--------	--------

Psicología: $X^2_{gl:10} = 19.833$. $p = 0.031^*$. $CC = 0.409$. $p = 0.031$; Medicina: $X^2_{gl:10} = 18.621$. $p = 0.045^*$. $CC = 0.400$. $p = 0.045$; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 13.892$. $p = 0.031^*$ $CC = 0.387$. $p = 0.031$

Tabla 29. Porcentaje de SBO por sexo en cada facultad

Facultad			síndrome de Burnout			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Masculino	Casos	3	23	18	44
		% dentro de Sexo	6.82%	52.27%	40.91%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	30.00%	47.92%	43.90%	44.44%
	Femenino	Casos	7	25	23	55
		% dentro de Sexo	12.73%	45.45%	41.82%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	70.00%	52.08%	56.10%	55.56%
Medicina	Masculino	Casos	2	13	16	31
		% dentro de Sexo	6.45%	41.94%	51.61%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	50.00%	31.71%	30.19%	31.63%
	Femenino	Casos	2	28	37	67
		% dentro de Sexo	2.99%	41.79%	55.22%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	50.00%	68.29%	69.81%	68.37%
Enfermería. Nutrición y	Masculino	Casos	3	8	4	15
		% dentro de Sexo	20.00%	53.33%	26.67%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	60.00%	16.67%	15.38%	18.99%
	Femenino	Casos	2	40	22	64
		% dentro de Sexo	3.13%	62.50%	34.38%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	40.00%	83.33%	84.62%	81.01%
Total	Masculi	Casos	8	44	38	90
		% dentro de Sexo	8.89%	48.89%	42.22%	100.00%

		% dentro de síndrome de Burnout	42.11%	32.12%	31.67%	32.61%
	Femenino	Casos	11	93	82	186
		% dentro de Sexo	5.91%	50.00%	44.09%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	57.89%	67.88%	68.33%	67.39%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 1.084$. $p = 0.582$.; Medicina: $X^2_{gl:2} = 0.675$. $p = 0.713$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 5.855$. $p = 0.054$.

Tabla 30. Porcentaje de AE por sexo en cada facultad

Facultad			Agotamiento Emocional			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Masculino	Casos	16	7	21	44
		% dentro de Sexo	36.36%	15.91%	47.73%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	44.44%	25.00%	60.00%	44.44%
	Femenino	Casos	20	21	14	55
		% dentro de Sexo	36.36%	38.18%	25.45%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	55.56%	75.00%	40.00%	55.56%
Medicina	Masculino	Casos	9	13	9	31
		% dentro de Sexo	29.03%	41.94%	29.03%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	40.91%	36.11%	22.50%	31.63%
	Femenino	Casos	13	23	31	67
		% dentro de Sexo	19.40%	34.33%	46.27%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	59.09%	63.89%	77.50%	68.37%
Enfermería. Nutrición y	Masculino	Casos	12	1	2	15
		% dentro de Sexo	80.00%	6.67%	13.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	25.00%	6.25%	13.33%	18.99%
	Femenino	Casos	36	15	13	64
		% dentro de Sexo	56.25%	23.44%	20.31%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	75.00%	93.75%	86.67%	81.01%

Total	Masculino	Casos	37	21	32	90
		% dentro de Sexo	41.11%	23.33%	35.56%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	34.91%	26.25%	35.56%	32.61%
	Femenino	Casos	69	59	58	186
		% dentro de Sexo	37.10%	31.72%	31.18%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	65.09%	73.75%	64.44%	67.39%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 7.718$. $p = 0.021^*$. CC= 0.269. $p = 0.021^*$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 2.752$. $p = 0.253$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 3.127$. $p = 0.209$.

Tabla 31. Porcentaje de RP por sexo en cada facultad

Facultad			Realización Personal			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Masculino	Casos	13	11	20	44
		% dentro de Sexo	29.55%	25.00%	45.45%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	46.43%	47.83%	41.67%	44.44%
	Femenino	Casos	15	12	28	55
		% dentro de Sexo	27.27%	21.82%	50.91%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	53.57%	52.17%	58.33%	55.56%
Medicina	Masculino	Casos	8	8	15	31
		% dentro de Sexo	25.81%	25.81%	48.39%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	36.36%	30.77%	30.00%	31.63%
	Femenino	Casos	14	18	35	67
		% dentro de Sexo	20.90%	26.87%	52.24%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	63.64%	69.23%	70.00%	68.37%
Enfermería.	Masculino	Casos	7	1	7	15
		% dentro de Sexo	46.67%	6.67%	46.67%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	38.89%	5.26%	16.67%	18.99%
	Fe	Casos	11	18	35	64

Total		% dentro de Sexo	17.19%	28.13%	54.69%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	61.11%	94.74%	83.33%	81.01%
	Masculino	Casos	28	20	42	90
		% dentro de Sexo	31.11%	22.22%	46.67%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	41.18%	29.41%	30.00%	32.61%
	Femenino	Casos	40	48	98	186
		% dentro de Sexo	21.51%	25.81%	52.69%	100.00%
		% dentro de Realización Personal	58.82%	70.59%	70.00%	67.39%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 0.301$. $p = 0.860$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 0.298$. $p = 0.861$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 7.108$. $p = 0.029^*$. CC=0.287 $p=0.029^*$

Tabla 32. Porcentajes SBO según vivienda compartida por facultad

Facultad	Vivienda compartida		síndrome de Burnout			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Solo	Casos	1	1	7	9
		% dentro de Vivienda compartida	11.11%	11.11%	77.78%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	10.00%	2.08%	17.07%	9.09%
	Familia directa	Casos	8	41	30	79
		% dentro de Vivienda compartida	10.13%	51.90%	37.97%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	80.00%	85.42%	73.17%	79.80%
	Familia indirecta	Casos	1	6	3	10
		% dentro de Vivienda compartida	10.00%	60.00%	30.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	10.00%	12.50%	7.32%	10.10%
	Residencia	Casos	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	0.00%	2.44%	1.01%

Medicina	Solo	Casos	0	6	8	14
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	42.86%	57.14%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	14.63%	15.09%	14.29%
	Familia directa	Casos	2	31	37	70
		% dentro de Vivienda compartida	2.86%	44.29%	52.86%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	50.00%	75.61%	69.81%	71.43%
	Familia indirecta	Casos	2	4	7	13
		% dentro de Vivienda compartida	15.38%	30.77%	53.85%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	50.00%	9.76%	13.21%	13.27%
	Residencia	Casos	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	0.00%	1.89%	1.02%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Solo	Casos	0	7	1	8
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	87.50%	12.50%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	14.58%	3.85%	10.13%
	Familia directa	Casos	4	36	23	63
		% dentro de Vivienda compartida	6.35%	57.14%	36.51%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	80.00%	75.00%	88.46%	79.75%
	Familia indirecta	Casos	1	5	1	7
		% dentro de Vivienda compartida	14.29%	71.43%	14.29%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	20.00%	10.42%	3.85%	8.86%
	Residencia	Casos	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%

		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	0.00%	3.85%	1.27%
Total	Solo	Casos	1	14	16	31
		% dentro de Vivienda compartida	3.23%	45.16%	51.61%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	5.26%	10.22%	13.33%	11.23%
	Familia directa	Casos	14	108	90	212
		% dentro de Vivienda compartida	6.60%	50.94%	42.45%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	73.68%	78.83%	75.00%	76.81%
	Familia indirecta	Casos	4	15	11	30
		% dentro de Vivienda compartida	13.33%	50.00%	36.67%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	21.05%	10.95%	9.17%	10.87%
	Residencia	Casos	0	0	3	3
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	0.00%	0.00%	2.50%	1.09%

Psicología: $X^2_{gl:6} = 7.894$. $p = 0.246$.; Medicina: $X^2_{gl:6} = 6.275$. $p = 0.393$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 6.451$. $p = 0.375$.

Tabla 33. Porcentajes AE según vivienda compartida por facultad

Facultad	Vivienda compartida		Agotamiento Emocional			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Solo	Recuento	2	1	6	9
		% dentro de Vivienda compartida	22.22%	11.11%	66.67%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	5.56%	3.57%	17.14%	9.09%
	Familia directa	Recuento	29	25	25	79
		% dentro de Vivienda compartida	36.71%	31.65%	31.65%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	80.56%	89.29%	71.43%	79.80%

	Familia indirecta	Recuento	5	1	4	10
		% dentro de Vivienda compartida	50.00%	10.00%	40.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	13.89%	3.57%	11.43%	10.10%
	Residencia	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	0.00%	3.57%	0.00%	1.01%
Medicina	Solo	Recuento	2	6	6	14
		% dentro de Vivienda compartida	14.29%	42.86%	42.86%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	9.09%	16.67%	15.00%	14.29%
	Familia directa	Recuento	17	25	28	70
		% dentro de Vivienda compartida	24.29%	35.71%	40.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	77.27%	69.44%	70.00%	71.43%
	Familia indirecta	Recuento	3	4	6	13
		% dentro de Vivienda compartida	23.08%	30.77%	46.15%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	13.64%	11.11%	15.00%	13.27%
	Residencia	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	0.00%	2.78%	0.00%	1.02%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Solo	Recuento	6	2	0	8
		% dentro de Vivienda compartida	75.00%	25.00%	0.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	12.50%	12.50%	0.00%	10.13%
	Familia	Recuento	37	13	13	63
		% dentro de Vivienda compartida	58.73%	20.63%	20.63%	100.00%

Total	Familia indirecta	% dentro de Agotamiento Emocional	77.08%	81.25%	86.67%	79.75%
		Recuento	5	1	1	7
		% dentro de Vivienda compartida	71.43%	14.29%	14.29%	100.00%
	Residencia	% dentro de Agotamiento Emocional	10.42%	6.25%	6.67%	8.86%
		Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	Solo	% dentro de Agotamiento Emocional	0.00%	0.00%	6.67%	1.27%
		Recuento	10	9	12	31
		% dentro de Vivienda compartida	32.26%	29.03%	38.71%	100.00%
	Familia directa	% dentro de Agotamiento Emocional	9.43%	11.25%	13.33%	11.23%
		Recuento	83	63	66	212
		% dentro de Vivienda compartida	39.15%	29.72%	31.13%	100.00%
	Familia indirecta	% dentro de Agotamiento Emocional	78.30%	78.75%	73.33%	76.81%
		Recuento	13	6	11	30
		% dentro de Vivienda compartida	43.33%	20.00%	36.67%	100.00%
	Residencia	% dentro de Agotamiento Emocional	12.26%	7.50%	12.22%	10.87%
		Recuento	0	2	1	3
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	66.67%	33.33%	100.00%
	Residencia	% dentro de Agotamiento Emocional	0.00%	2.50%	1.11%	1.09%
		Recuento	0	2	1	3
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	66.67%	33.33%	100.00%

Psicología: $X^2_{gl:6} = 8.845$. $p = 0.182$.; Medicina: $X^2_{gl:6} = 2.650$. $p = 0.851$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 6.615$. $p = 0.851$

Tabla 34. Porcentaje DC según vivienda compartida por facultad

Facultad	Vivienda compartida		Despersonalización			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	Solo	Casos	2	0	7	9
		% dentro de Vivienda compartida	22.22%	0.00%	77.78%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	4.17%	0.00%	24.14%	9.09%
	Familia directa	Casos	41	21	17	79
		% dentro de Vivienda compartida	51.90%	26.58%	21.52%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	85.42%	95.45%	58.62%	79.80%
	Familia indirecta	Casos	5	1	4	10
		% dentro de Vivienda compartida	50.00%	10.00%	40.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	10.42%	4.55%	13.79%	10.10%
	Residencia estudiantil	Casos	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	0.00%	0.00%	3.45%	1.01%
Medicina	Solo	Casos	5	6	3	14
		% dentro de Vivienda compartida	35.71%	42.86%	21.43%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	12.82%	28.57%	7.89%	14.29%
	Familia directa	Casos	27	13	30	70
		% dentro de Vivienda compartida	38.57%	18.57%	42.86%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	69.23%	61.90%	78.95%	71.43%
	Familia indirecta	Casos	7	1	5	13
		% dentro de Vivienda compartida	53.85%	7.69%	38.46%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	17.95%	4.76%	13.16%	13.27%

	Residencia estudiantil	Casos	0	1	0	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	0.00%	4.76%	0.00%	1.02%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	Solo	Casos	2	4	2	8
		% dentro de Vivienda compartida	25.00%	50.00%	25.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	6.25%	17.39%	8.33%	10.13%
	Familia directa	Casos	25	18	20	63
		% dentro de Vivienda compartida	39.68%	28.57%	31.75%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	78.13%	78.26%	83.33%	79.75%
	Familia indirecta	Casos	5	1	1	7
		% dentro de Vivienda compartida	71.43%	14.29%	14.29%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	15.63%	4.35%	4.17%	8.86%
	Residencia estudiantil	Casos	0	0	1	1
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	0.00%	0.00%	4.17%	1.27%
Total	Solo	Casos	9	10	12	31
		% dentro de Vivienda compartida	29.03%	32.26%	38.71%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	7.56%	15.15%	13.19%	11.23%
	Familia directa	Casos	93	52	67	212
		% dentro de Vivienda compartida	43.87%	24.53%	31.60%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	78.15%	78.79%	73.63%	76.81%
	Familia indirecta	Casos	17	3	10	30
		% dentro de Vivienda compartida	56.67%	10.00%	33.33%	100.00%

		% dentro de Despersonalización	14.29%	4.55%	10.99%	10.87%
	Residencia estudiantil	Casos	0	1	2	3
		% dentro de Vivienda compartida	0.00%	33.33%	66.67%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	0.00%	1.52%	2.20%	1.09%

Psicología: $X^2_{gl:6} = 16.481$. $p = 0.011^*$. CC= 0.378. $p = 0.011$; Medicina: $X^2_{gl:6} = 10.1950$. $p = 0.117$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:6} = 6.875$. $p = 0.333$

Tabla 35. Porcentaje de SBO según tipo de práctica preprofesional

Prácticas preprofesionales		síndrome de Burnout			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Trabajo netamente	Casos	9	44	39	92
	% dentro de Prácticas preprofesionales	9.78%	47.83%	42.39%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	47.37%	32.12%	32.50%	33.33%
Trabajo físico-	Casos	10	93	81	184
	% dentro de Prácticas preprofesionales	5.43%	50.54%	44.02%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	52.63%	67.88%	67.50%	66.67%
	Casos	19	137	120	276
	% dentro de Prácticas preprofesionales	6.88%	49.64%	43.48%	100.00%
	% dentro de síndrome de Burnout	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:2} = 1.813$. $p = 0.404$.

Tabla 36. Porcentaje de AE según tipo de práctica preprofesional

Prácticas preprofesionales		Agotamiento Emocional			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Trabajo netamente	Casos	34	26	32	92
	% dentro de Prácticas preprofesionales	36.96%	28.26%	34.78%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	32.08%	32.50%	35.56%	33.33%
Trabajo físico-	Casos	72	54	58	184
	% dentro de Prácticas preprofesionales	39.13%	29.35%	31.52%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	67.92%	67.50%	64.44%	66.67%
Total	Casos	106	80	90	276
	% dentro de Prácticas preprofesionales	38.41%	28.99%	32.61%	100.00%
	% dentro de Agotamiento Emocional	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$$X^2_{gl:2} = 0.300. p = 0.861.$$

Tabla 37. Porcentaje de DC según tipo de práctica preprofesional

Prácticas preprofesionales		Despersonalización			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Trabajo netamente	Casos	41	25	26	92
	% dentro de Prácticas preprofesionales	44.57%	27.17%	28.26%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	34.45%	37.88%	28.57%	33.33%
Trabajo físico-	Casos	78	41	65	184
	% dentro de Prácticas preprofesionales	42.39%	22.28%	35.33%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	65.55%	62.12%	71.43%	66.67%

Total	Casos	119	66	91	276
	% dentro de Prácticas preprofesionales	43.12%	23.91%	32.97%	100.00%
	% dentro de Despersonalización	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:2} = 1.609$. $p = 0.447$.

Tabla 38. Porcentaje de RP según tipo de práctica preprofesional

Prácticas preprofesionales		Realización Personal			Total
		Leve	Moderado	Severa	
Trabajo netamente	Recuento	29	23	40	92
	% dentro de Prácticas preprofesionales	31.52%	25.00%	43.48%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	42.65%	33.82%	28.57%	33.33%
Trabajo físico-	Recuento	39	45	100	184
	% dentro de Prácticas preprofesionales	21.20%	24.46%	54.35%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	57.35%	66.18%	71.43%	66.67%
Total	Recuento	68	68	140	276
	% dentro de Prácticas preprofesionales	24.64%	24.64%	50.72%	100.00%
	% dentro de Realización Personal	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2_{gl:2} = 4.090$. $p = 0.129$.

Tabla 39. Porcentaje de SBO según facultad y trabajo extra académico.

Facultad	Trabajo extra académico		síndrome de Burnout			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	No	Casos	6	36	33	75
		% dentro de Trabajo extra académico	8.00%	48.00%	44.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	60.00%	75.00%	80.49%	75.76%
	Si	Casos	4	12	8	24
		% dentro de Trabajo extra académico	16.67%	50.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	40.00%	25.00%	19.51%	24.24%
Medicina	No	Casos	3	39	48	90
		% dentro de Trabajo extra académico	3.33%	43.33%	53.33%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	75.00%	95.12%	90.57%	91.84%
	Si	Casos	1	2	5	8
		% dentro de Trabajo extra académico	12.50%	25.00%	62.50%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	25.00%	4.88%	9.43%	8.16%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	No	Casos	4	47	25	76
		% dentro de Trabajo extra académico	5.26%	61.84%	32.89%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	80.00%	97.92%	96.15%	96.20%
	Si	Casos	1	1	1	3
		% dentro de Trabajo extra académico	33.33%	33.33%	33.33%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	20.00%	2.08%	3.85%	3.80%
Total	No	Casos	13	122	106	241
		% dentro de Trabajo extra académico	5.39%	50.62%	43.98%	100.00%

	Si	% dentro de síndrome de Burnout	68.42%	89.05%	88.33%	87.32%
		Casos	6	15	14	35
		% dentro de Trabajo extra académico	17.14%	42.86%	40.00%	100.00%
		% dentro de síndrome de Burnout	31.58%	10.95%	11.67%	12.68%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 1.867$. $p = 0.393$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 2.217$. $p = 0.330$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 3.979$. $p = 0.137$

Tabla 40. Porcentaje de AE según facultad y trabajo extra académico.

Facultad	Trabajo extra académico		Agotamiento Emocional			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	No	Casos	26	22	27	75
		% dentro de Trabajo extra académico	34.67%	29.33%	36.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	72.22%	78.57%	77.14%	75.76%
	Si	Casos	10	6	8	24
		% dentro de Trabajo extra académico	41.67%	25.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	27.78%	21.43%	22.86%	24.24%
Medicina	No	Casos	19	35	36	90
		% dentro de Trabajo extra académico	21.11%	38.89%	40.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	86.36%	97.22%	90.00%	91.84%
	Si	Casos	3	1	4	8
		% dentro de Trabajo extra académico	37.50%	12.50%	50.00%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	13.64%	2.78%	10.00%	8.16%
Enfermería a. Nutrición	No	Casos	46	16	14	76
		% dentro de Trabajo extra académico	60.53%	21.05%	18.42%	100.00%

	Si	% dentro de Agotamiento Emocional	95.83%	100.00%	93.33%	96.20%
		Casos	2	0	1	3
		% dentro de Trabajo extra académico	66.67%	0.00%	33.33%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	4.17%	0.00%	6.67%	3.80%
Total	No	Casos	91	73	77	241
		% dentro de Trabajo extra académico	37.76%	30.29%	31.95%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	85.85%	91.25%	85.56%	87.32%
	Si	Casos	15	7	13	35
		% dentro de Trabajo extra académico	42.86%	20.00%	37.14%	100.00%
		% dentro de Agotamiento Emocional	14.15%	8.75%	14.44%	12.68%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 0.402$. $p = 0.818$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 2.452$. $p = 0.293$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 0.987$. $p = 0.610$

Tabla 41. Porcentaje de DC según facultad y trabajo extra académico.

Facultad	Trabajo extra académico		Despersonalización			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	No	Recuento	34	17	24	75
		% dentro de Trabajo extra académico	45.33%	22.67%	32.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	70.83%	77.27%	82.76%	75.76%
	Si	Recuento	14	5	5	24
		% dentro de Trabajo extra académico	58.33%	20.83%	20.83%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	29.17%	22.73%	17.24%	24.24%
Medicina	No	Recuento	35	21	34	90
		% dentro de Trabajo extra académico	38.89%	23.33%	37.78%	100.00%

	Si	% dentro de Despersonalización	89.74%	100.00%	89.47%	91.84%
		Recuento	4	0	4	8
		% dentro de Trabajo extra académico	50.00%	0.00%	50.00%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	10.26%	0.00%	10.53%	8.16%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	No	Recuento	31	22	23	76
		% dentro de Trabajo extra académico	40.79%	28.95%	30.26%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	96.88%	95.65%	95.83%	96.20%
	Si	Recuento	1	1	1	3
		% dentro de Trabajo extra académico	33.33%	33.33%	33.33%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	3.13%	4.35%	4.17%	3.80%
Total	No	Recuento	100	60	81	241
		% dentro de Trabajo extra académico	41.49%	24.90%	33.61%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	84.03%	90.91%	89.01%	87.32%
	Si	Recuento	19	6	10	35
		% dentro de Trabajo extra académico	54.29%	17.14%	28.57%	100.00%
		% dentro de Despersonalización	15.97%	9.09%	10.99%	12.68%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 1.435$. $p = 0.488$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 2.378$. $p = 0.305$.; Enfermería. Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 0.068$. $p = 0.967$

Tabla 42. Porcentaje de RP según facultad y trabajo extra académico.

FacultadTrabajo extra académico			Realización Personal			Total
			Leve	Moderado	Severa	
Psicología	No	Casos	19	17	39	75
		% dentro de TEA	25.3%	22.7%	52.0%	100.0%
		% dentro de RP	67.9%	73.9%	81.3%	75.8%
	Si	Casos	9	6	9	24
		% dentro de TEA	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%

	Total	% dentro de RP	32.1%	26.1%	18.8%	24.2%
		Casos	28	23	48	99
		% dentro de TEA	28.3%	23.2%	48.5%	100.0%
		% dentro de RP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Medicina	No	Casos	19	24	47	90
		% dentro de TEA	21.1%	26.7%	52.2%	100.0%
		% dentro de RP	86.4%	92.3%	94.0%	91.8%
	Si	Casos	3	2	3	8
		% dentro de TEA	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
		% dentro de RP	13.6%	7.7%	6.0%	8.2%
	Total	Casos	22	26	50	98
		% dentro de TEA	22.4%	26.5%	51.0%	100.0%
		% dentro de RP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Enfermería. Nutrición y Terapia Física	No	Casos	16	18	42	76
		% dentro de TEA	21.1%	23.7%	55.3%	100.0%
		% dentro de RP	88.9%	94.7%	100.0%	96.2%
	Si	Casos	2	1	0	3
		% dentro de TEA	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
		% dentro de RP	11.1%	5.3%	0.0%	3.8%
	Total	Casos	18	19	42	79
		% dentro de TEA	22.8%	24.1%	53.2%	100.0%
		% dentro de RP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	No	Casos	54	59	128	241
		% dentro de TEA	22.4%	24.5%	53.1%	100.0%
		% dentro de RP	79.4%	86.8%	91.4%	87.3%
	Si	Casos	14	9	12	35
		% dentro de TEA	40.0%	25.7%	34.3%	100.0%
		% dentro de RP	20.6%	13.2%	8.6%	12.7%
	Total	Casos	68	68	140	276
		% dentro de TEA	24.6%	24.6%	50.7%	100.0%
		% dentro de RP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Psicología: $X^2_{gl:2} = 1.783$. $p = 0.410$; Medicina: $X^2_{gl:2} = 1.199$. $p = 0.549$.; Enfermería.
Nutrición y Terapia Física: $X^2_{gl:2} = 4.405$. $p = 0.111$

CAPÍTULO IX

9. FIGURAS

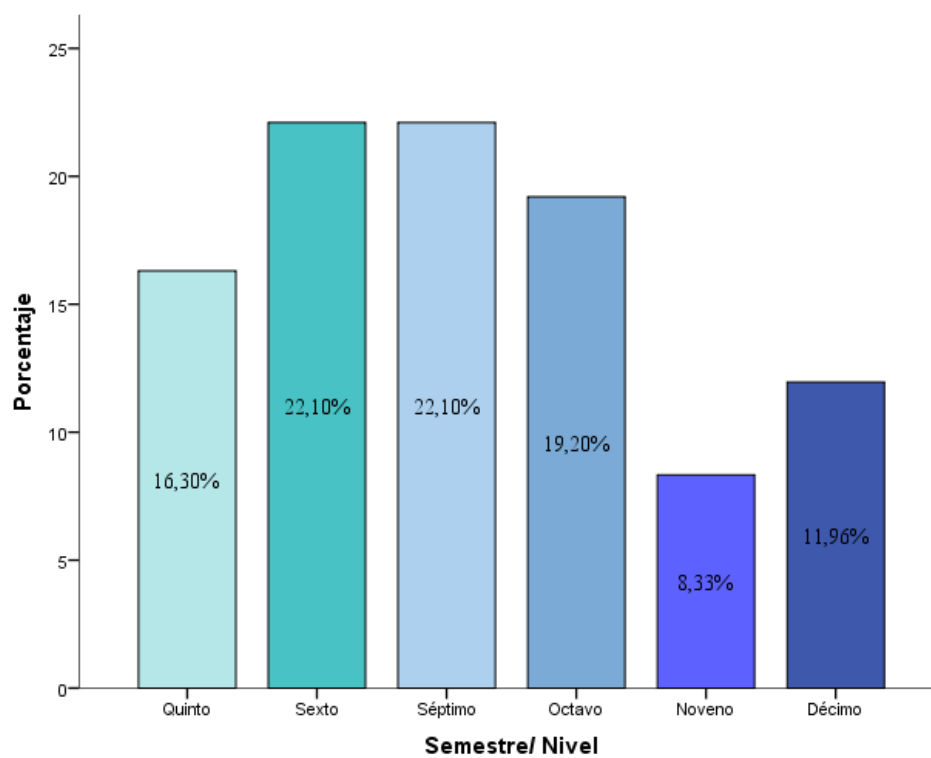


Figura 1. Porcentaje de estudiantes por semestre/nivel

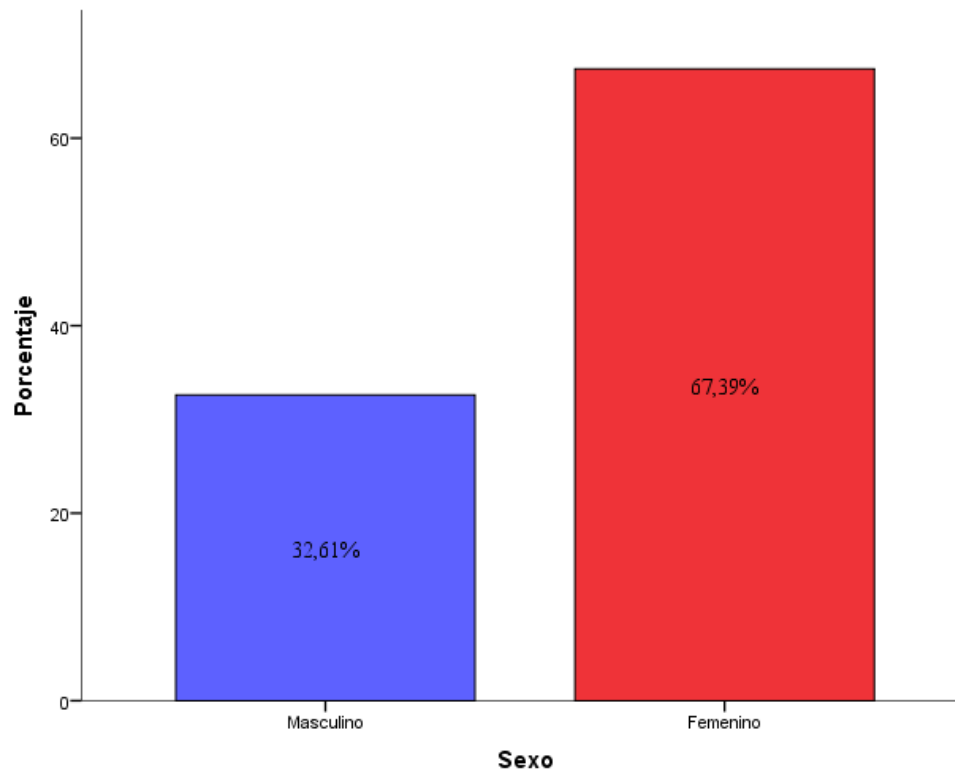


Figura 2. Porcentaje por sexo

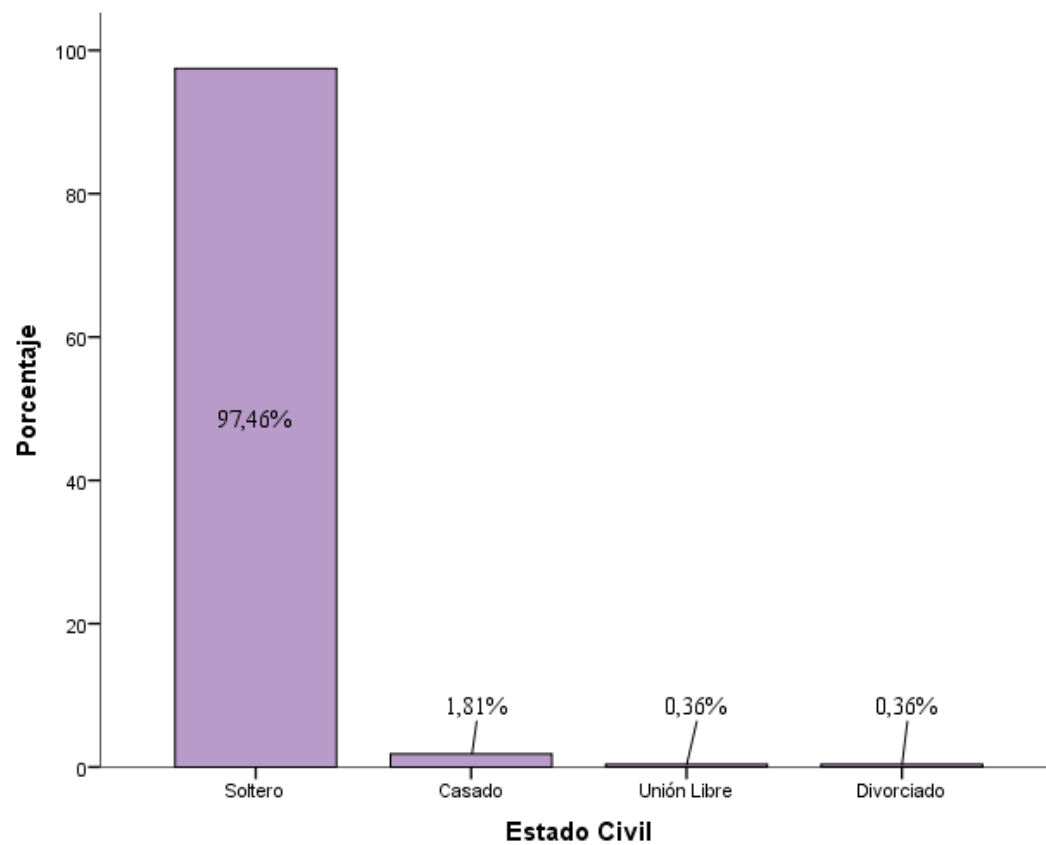


Figura 3. Porcentajes de estudiantes por estado civil

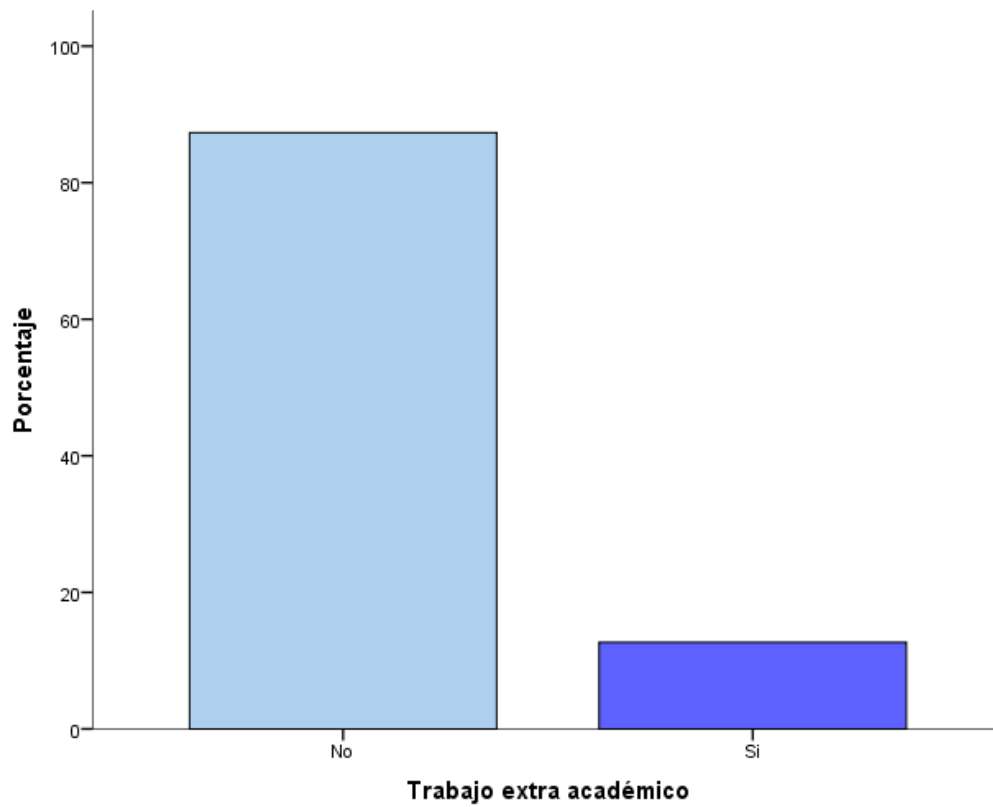


Figura 4. Porcentaje de estudiantes que realizan trabajo extra-académico

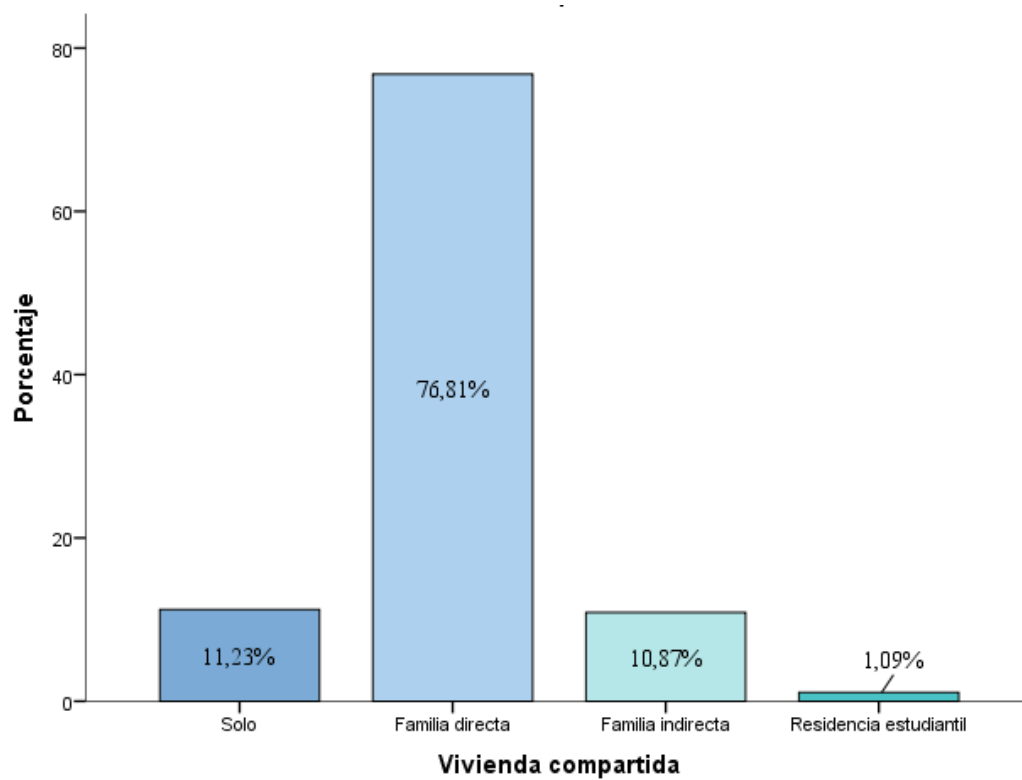


Figura 5. Porcentaje de vivienda compartida

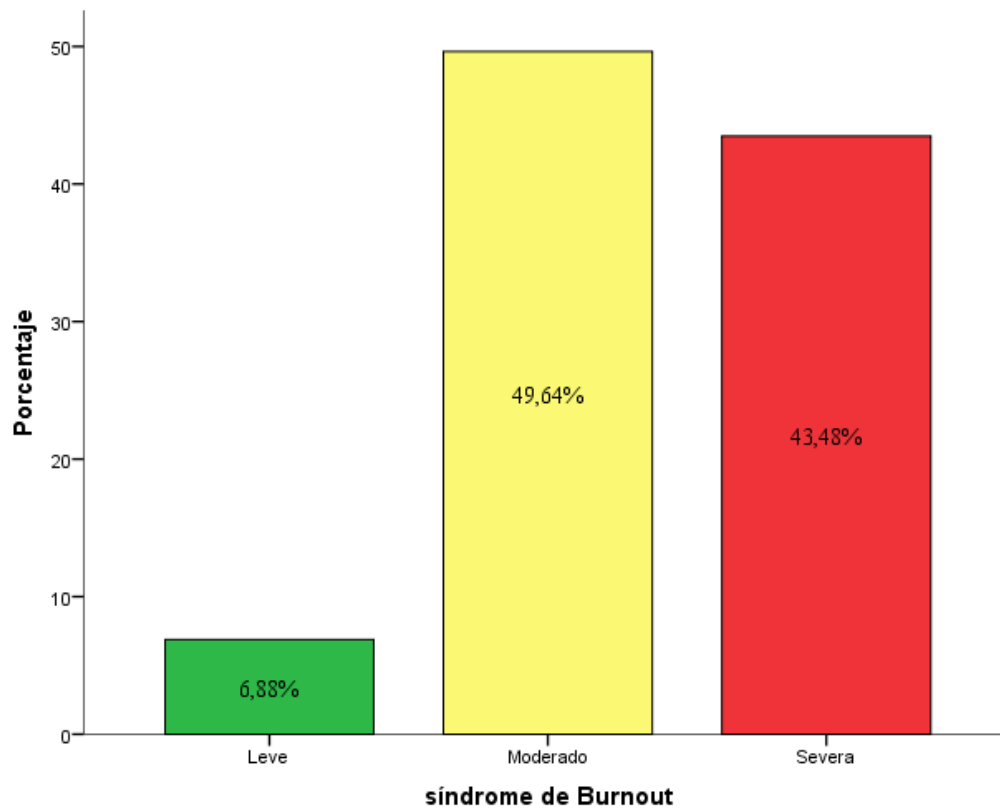


Figura 6. Frecuencias síndrome de Burnout

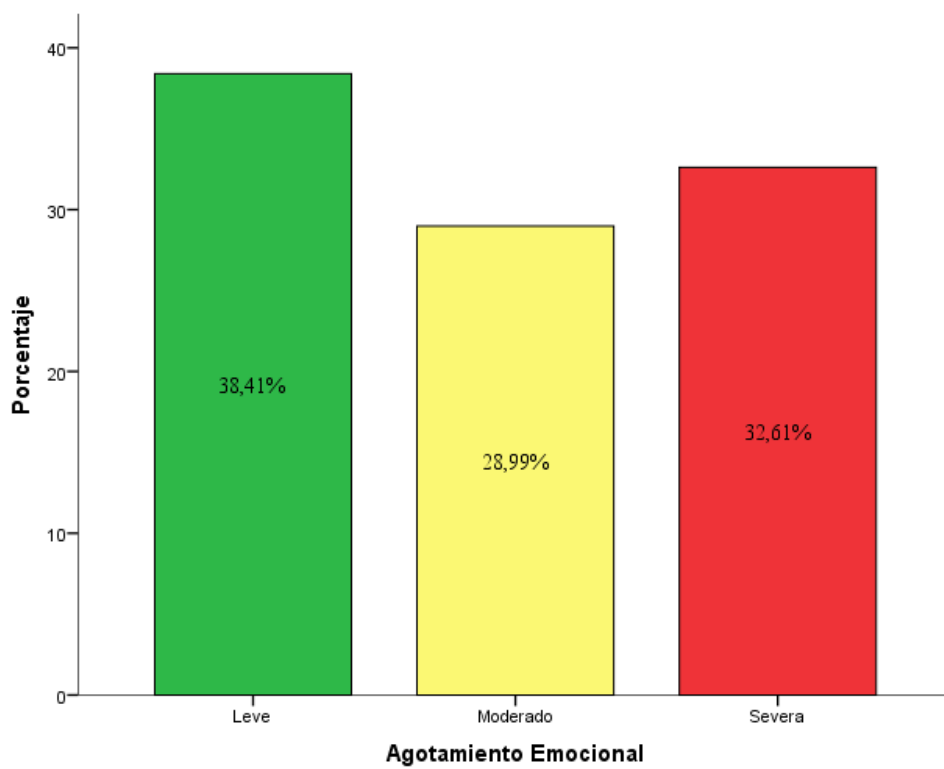


Figura 7. Frecuencia agotamiento emocional

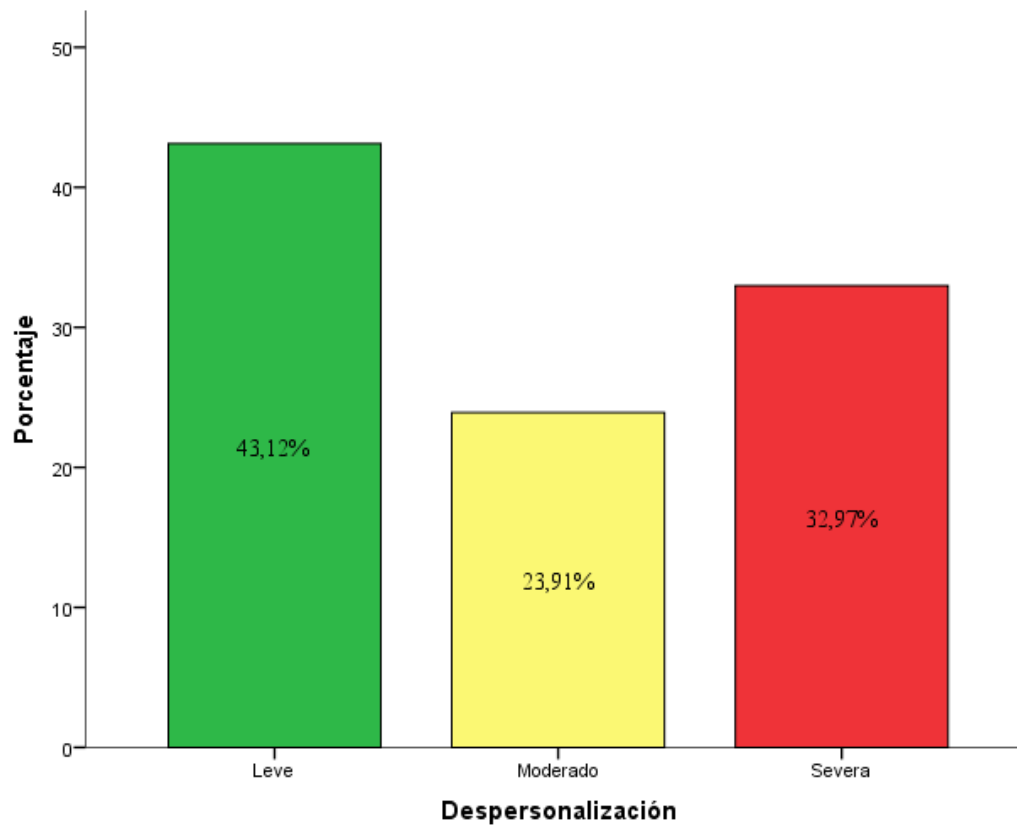


Figura 8. Frecuencia despersonalización

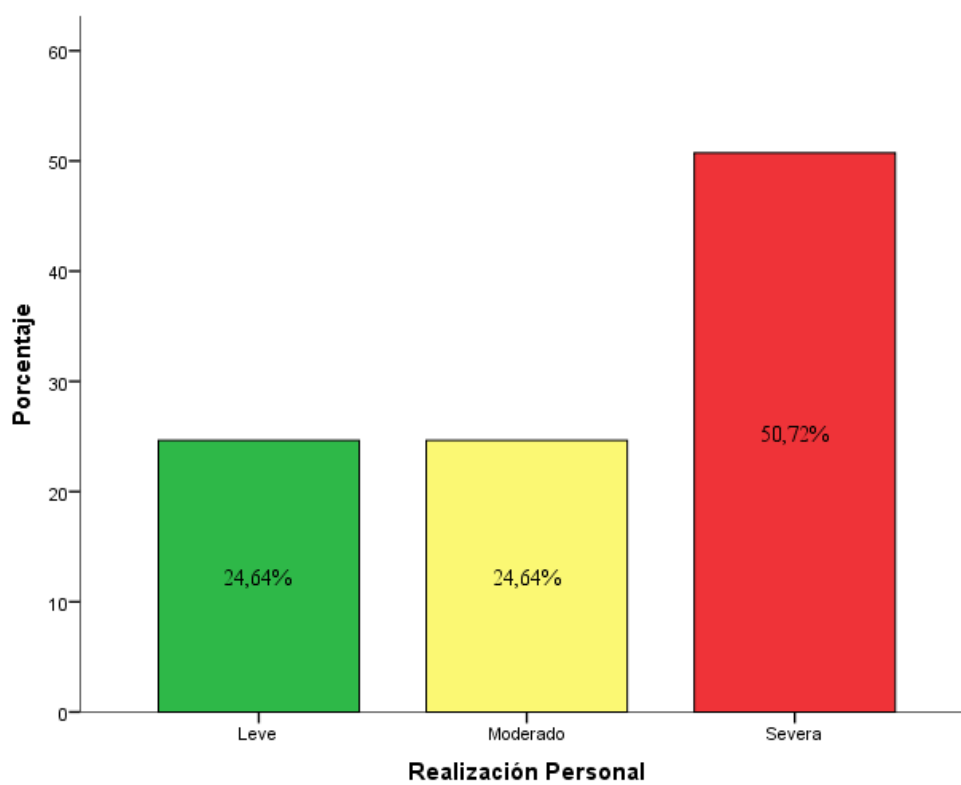


Figura 9. Frecuencia realización personal

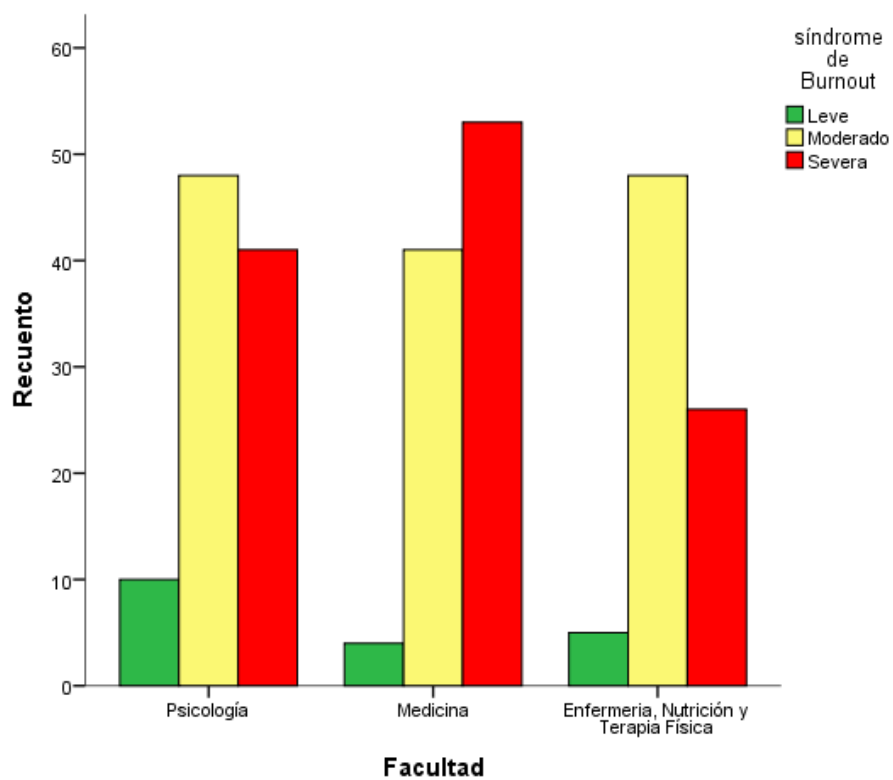


Figura 10. SBO por facultad

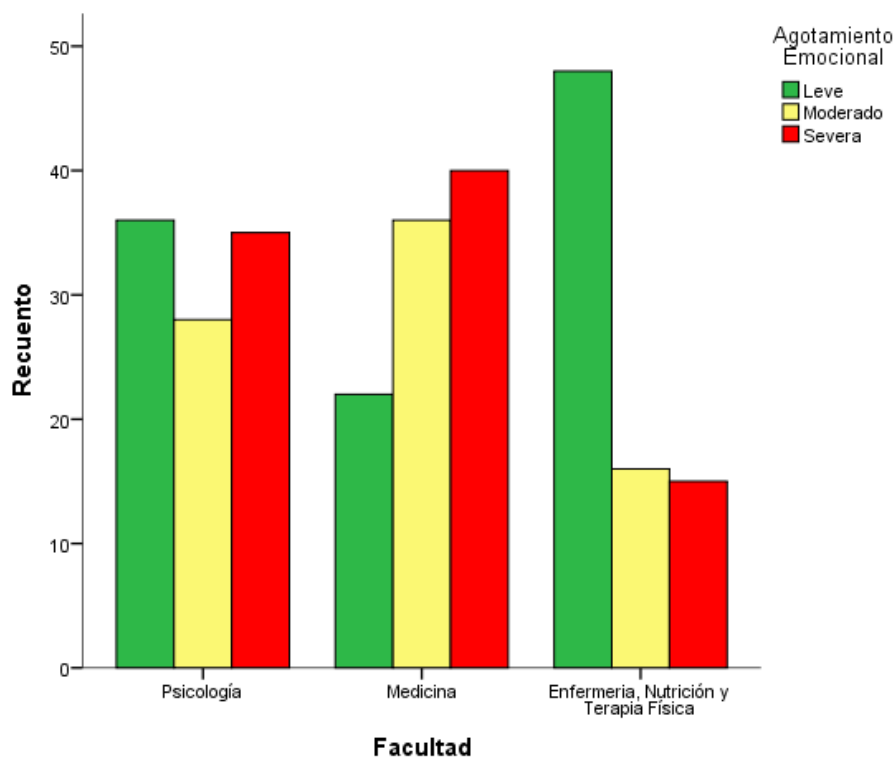


Figura 11. Porcentaje de AE por facultad

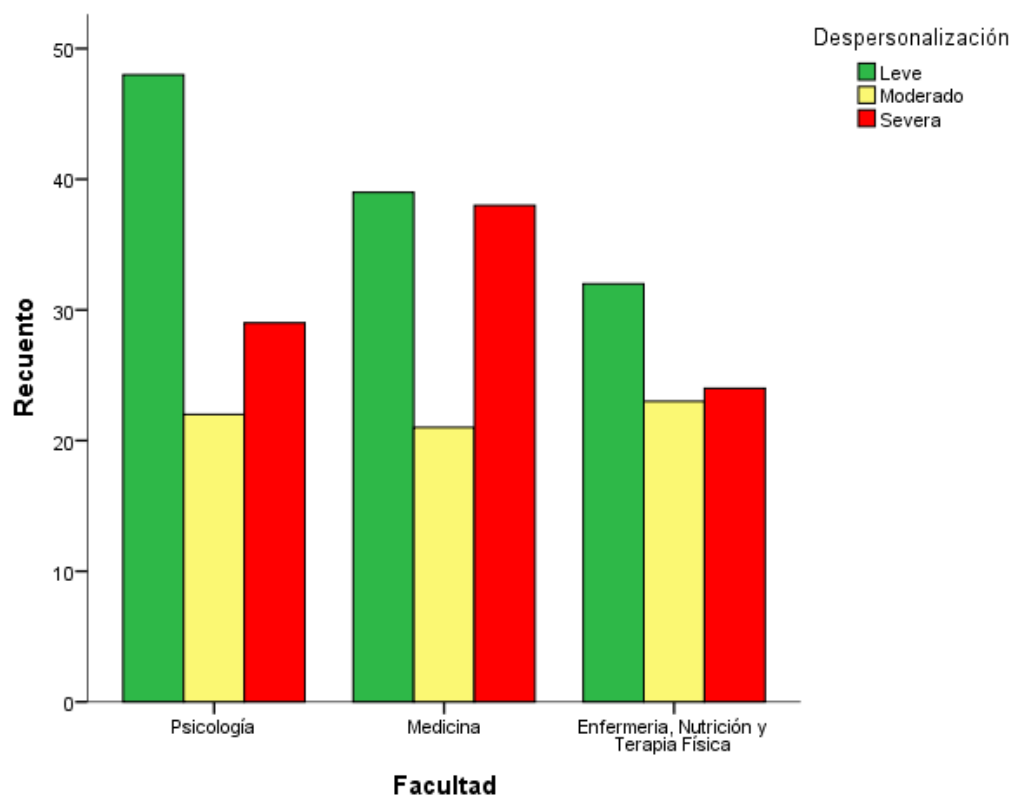


Figura 12. Porcentaje de despersonalización y cinismo por facultad

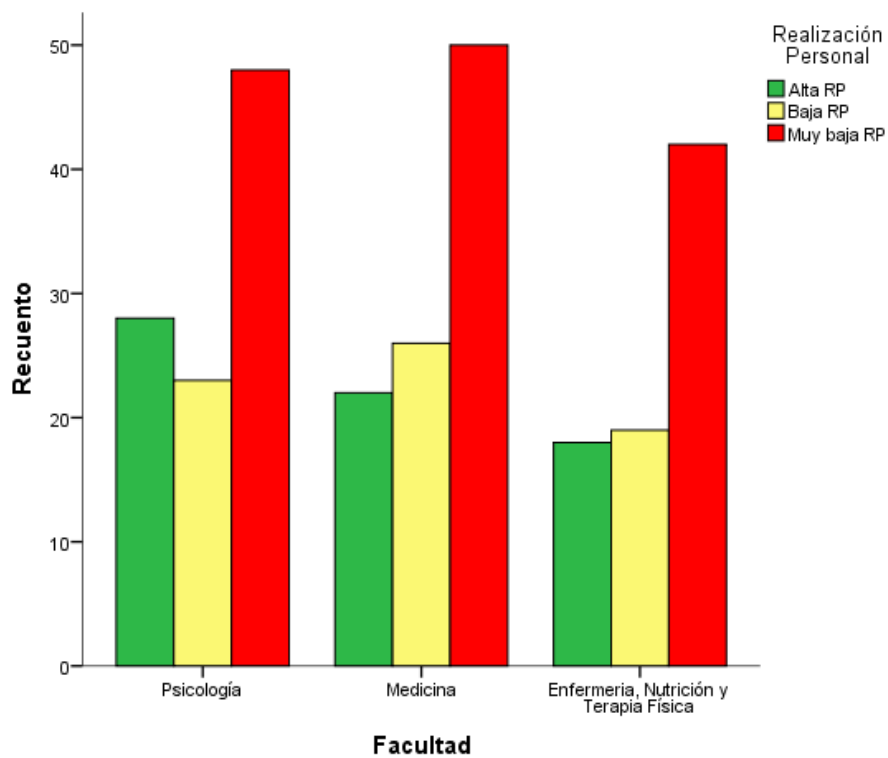


Figura13. Porcentaje de estudiantes por grado de realización personal (RP) y facultad

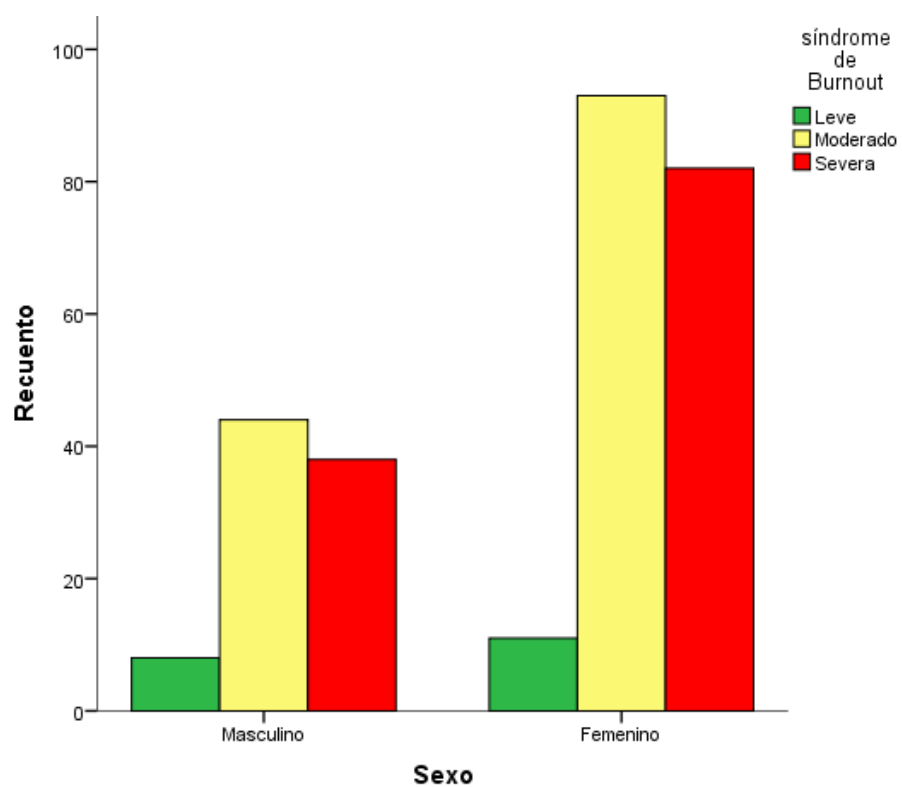


Figura 14. porcentajes de SBO por sexo

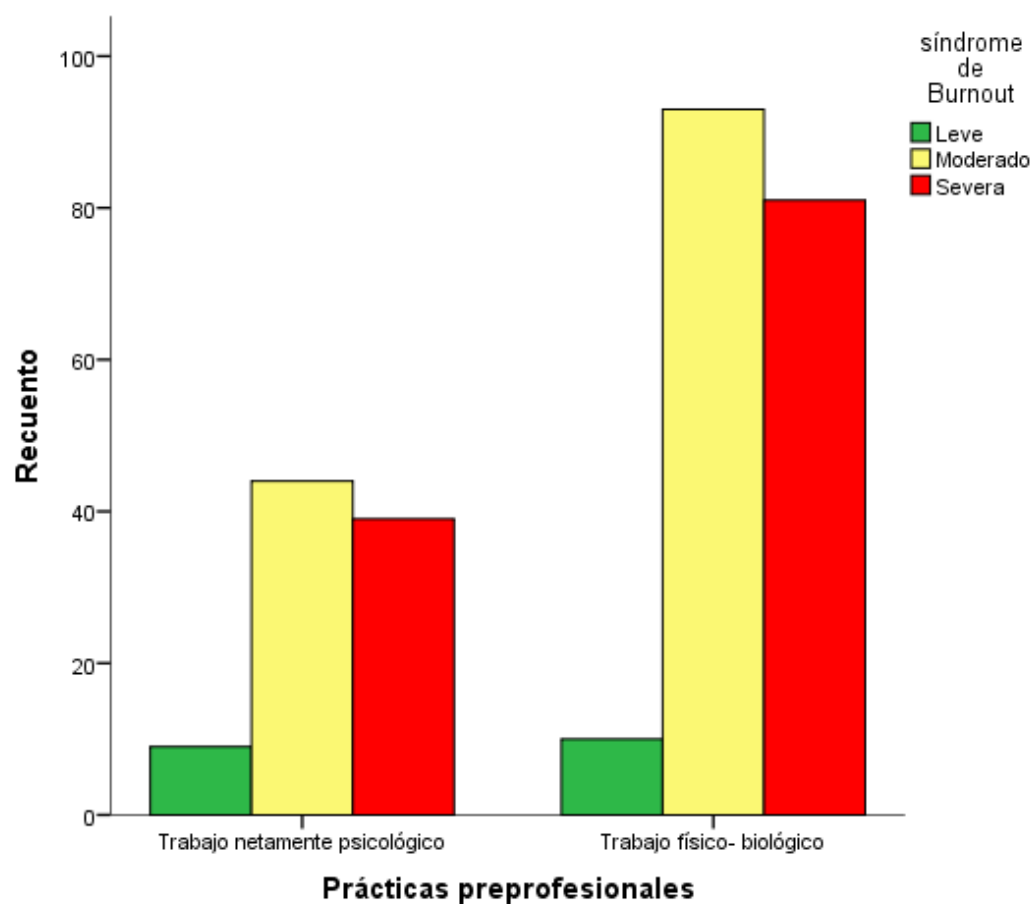


Figura 15. SBO según tipo de trabajo en prácticas preprofesionales

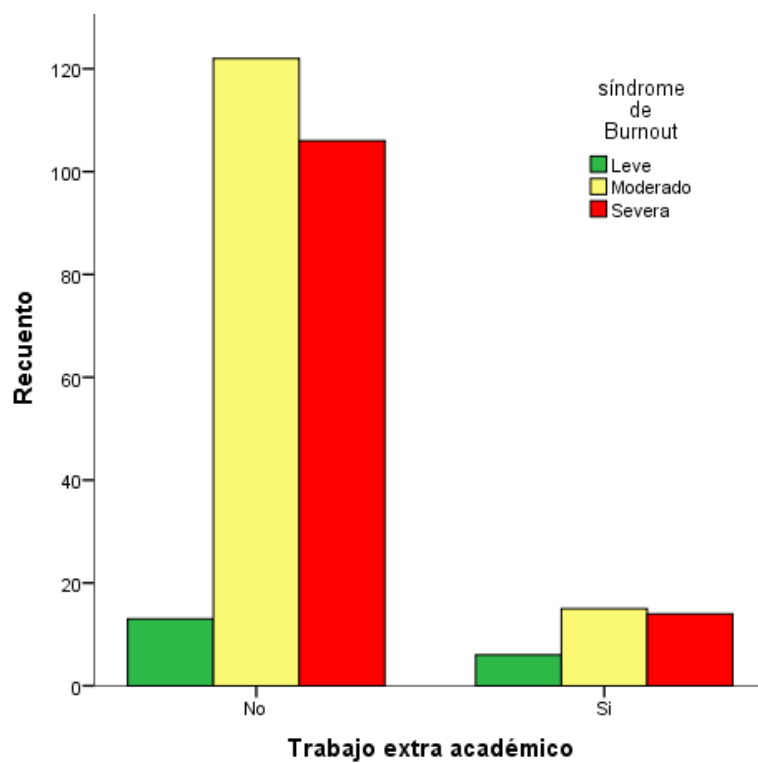


Figura 16. SBO según trabajo extra académico

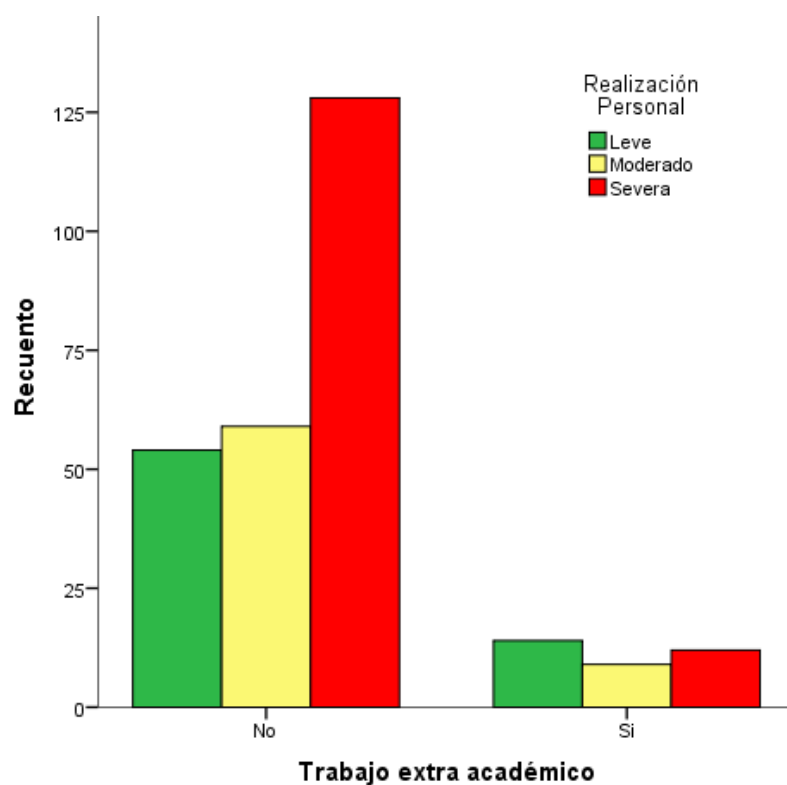


Figura 17. RP según trabajo extra académico

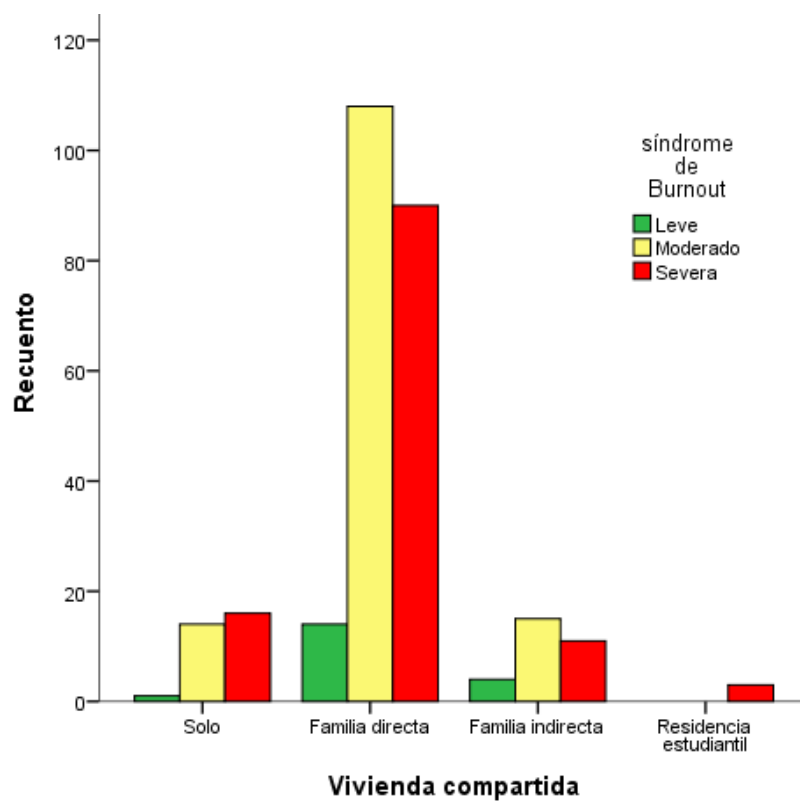


Figura 18. Porcentaje de SBO según vivienda compartida

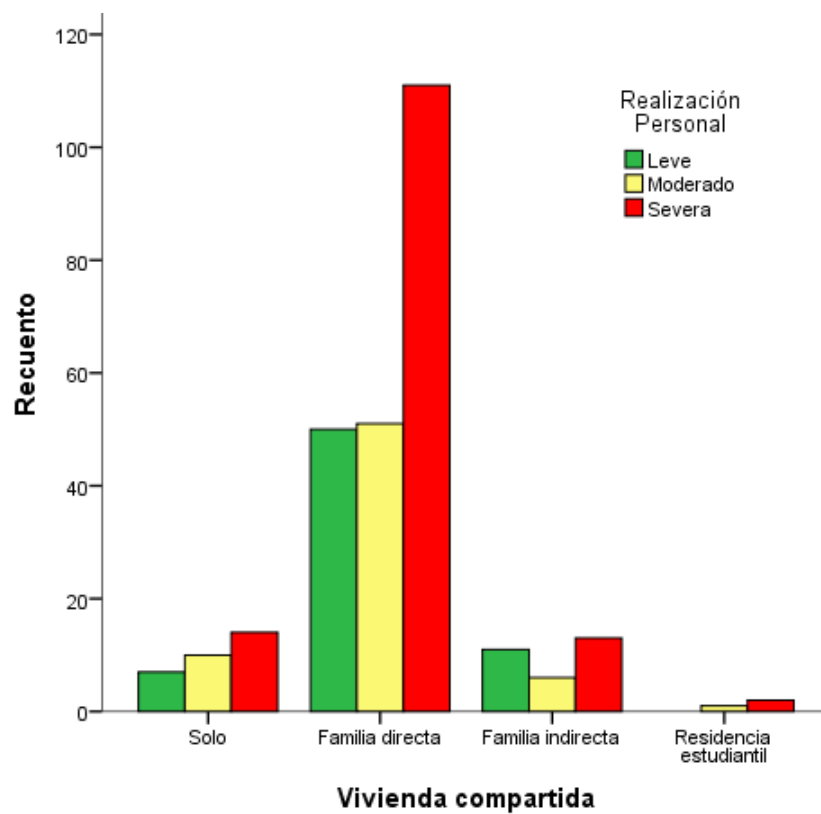


Figura 19. porcentajes de realización personal según vivienda compartida

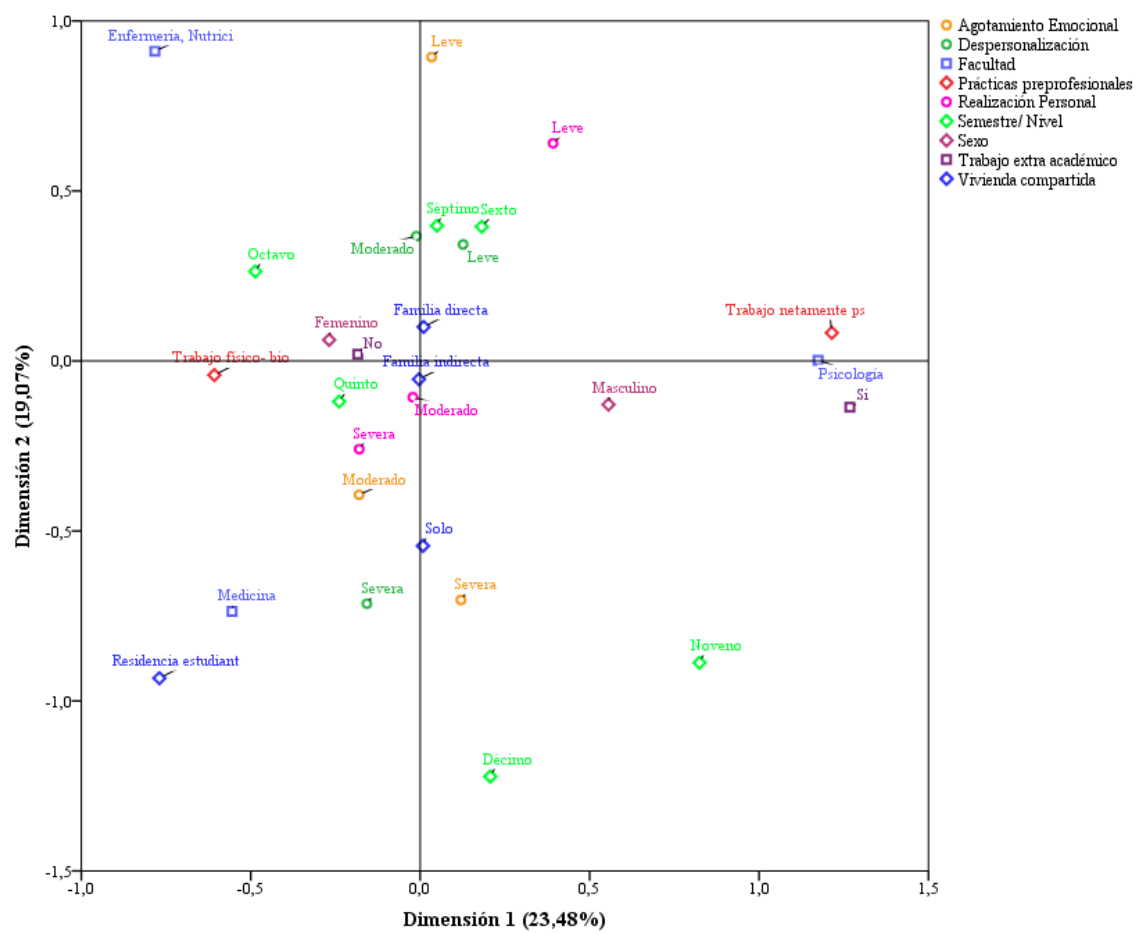


Figura 20. MCA de variables

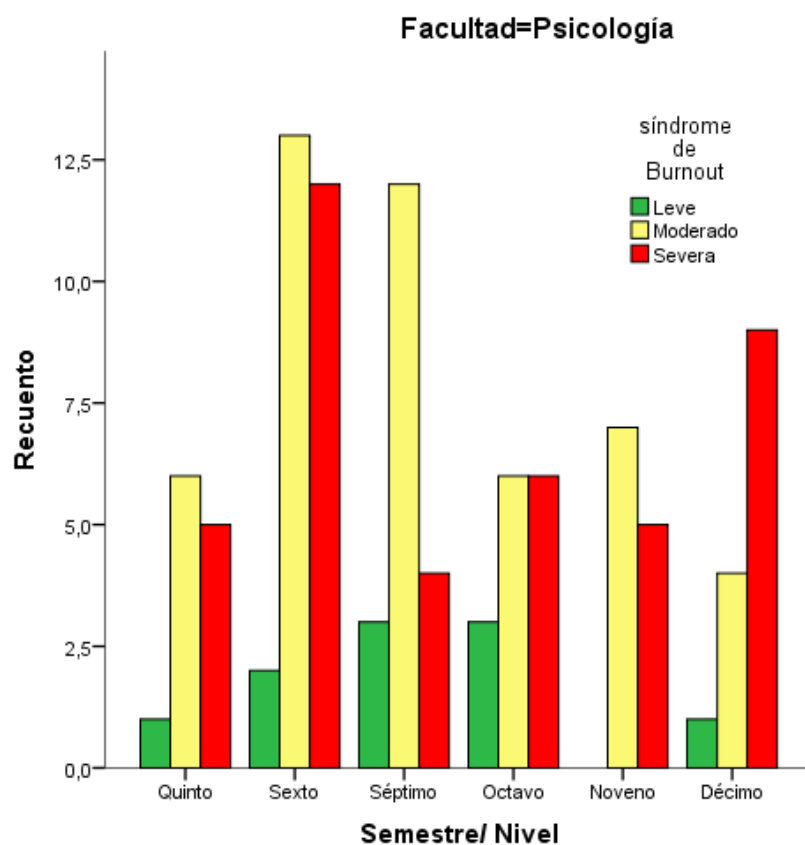


Figura 21. Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Psicología

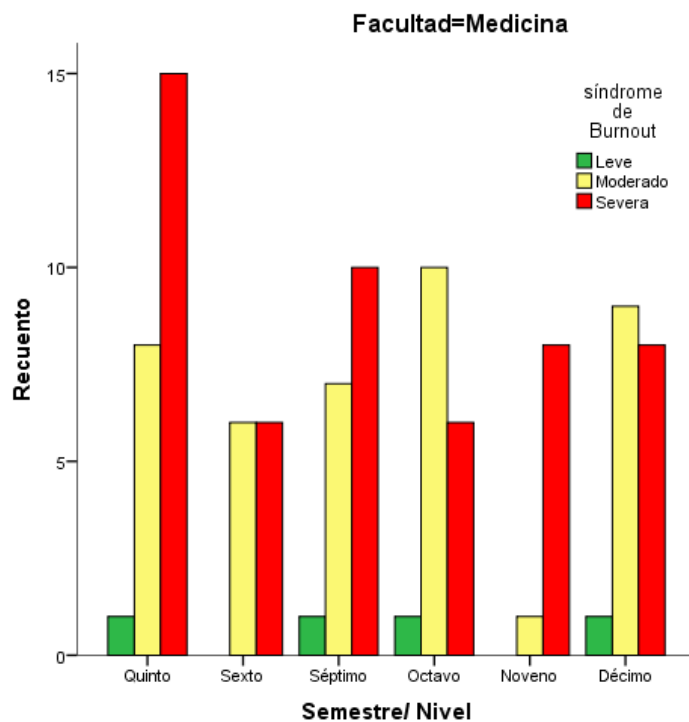


Figura 22. Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Medicina

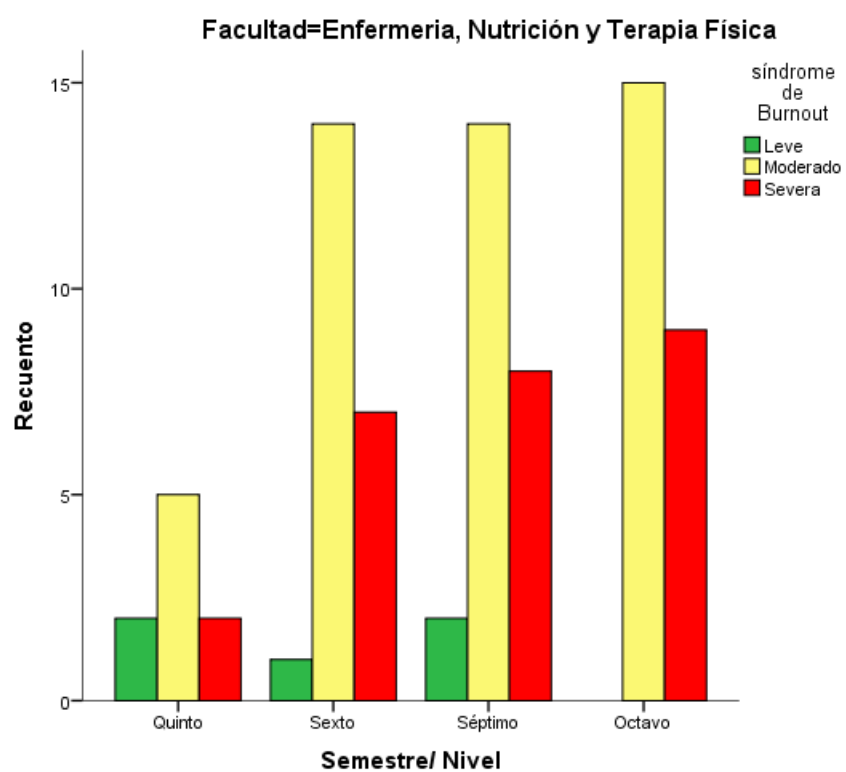


Figura 23. Porcentaje de SBO por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

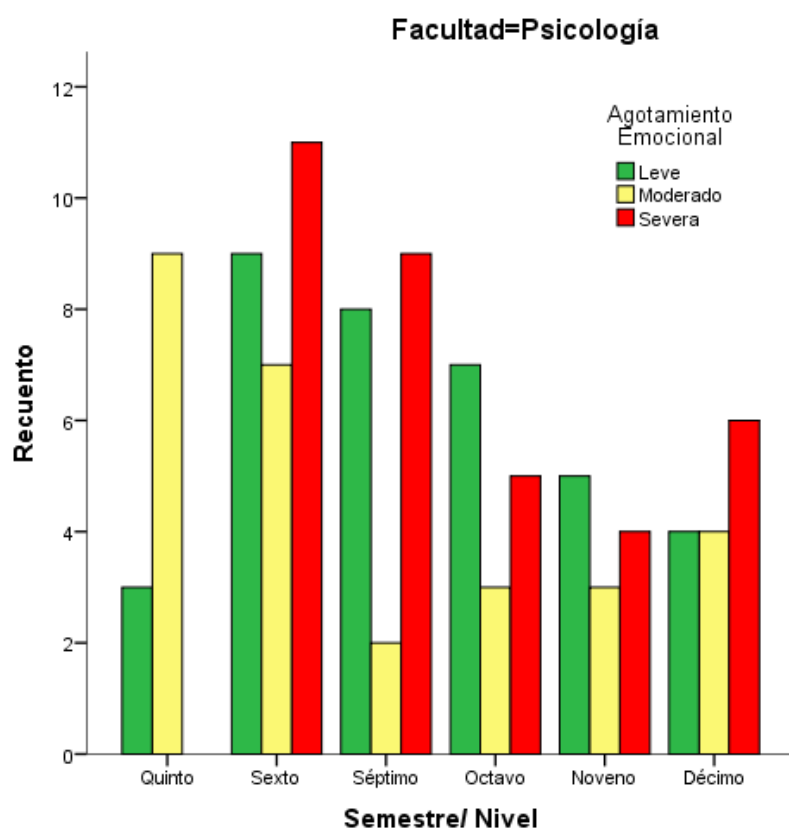


Figura 24. Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Psicología

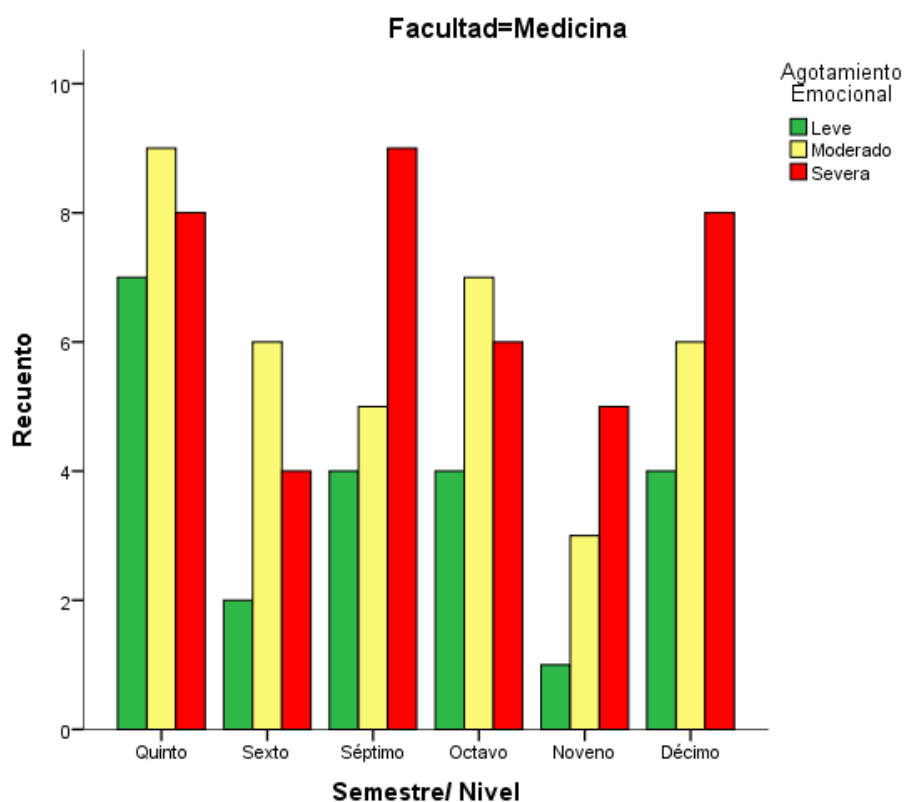


Figura 25. Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Medicina

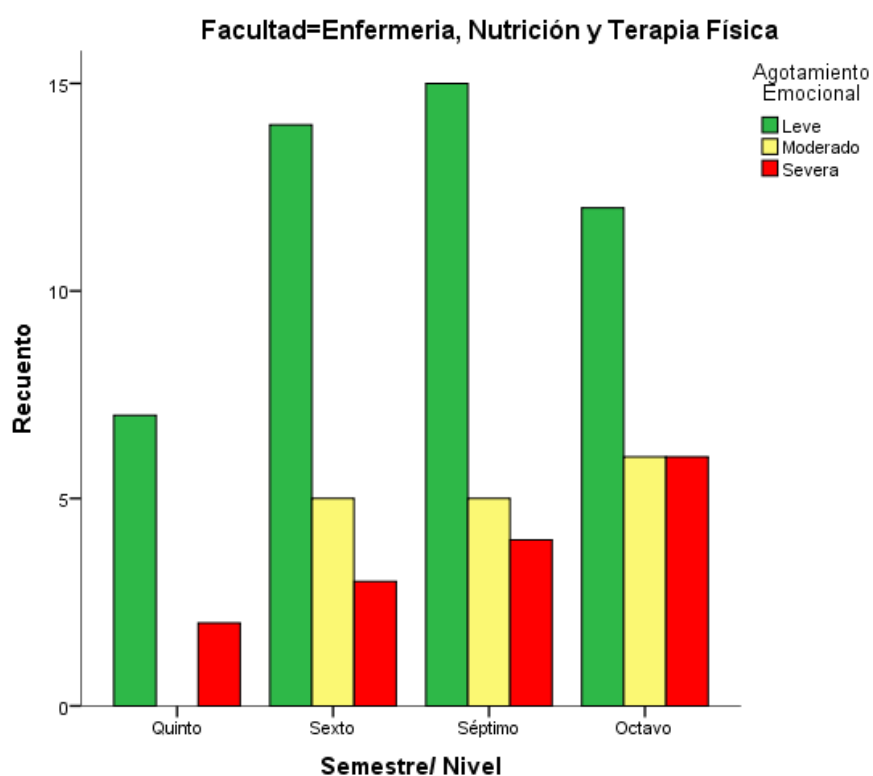


Figura 26. Porcentaje de AE por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

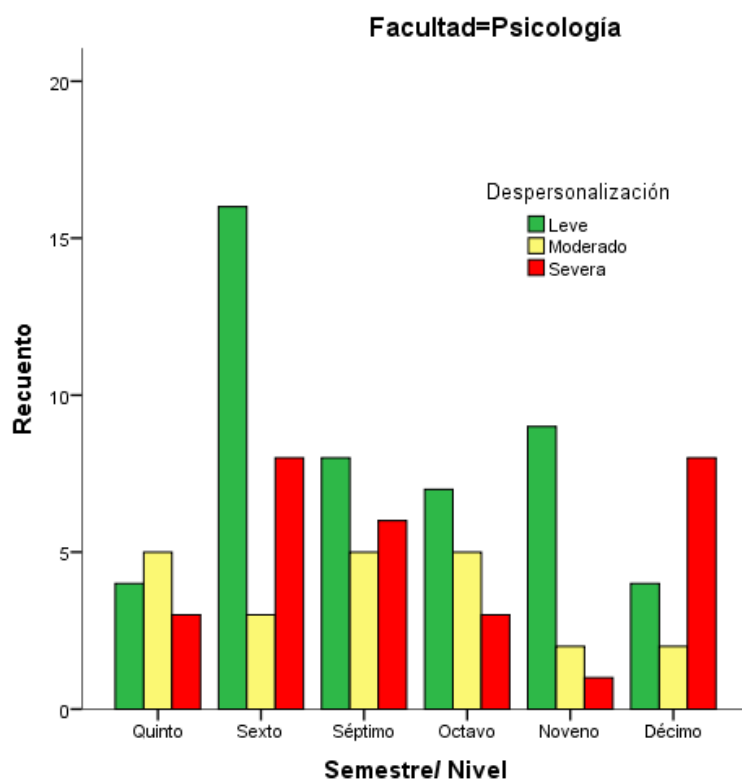


Figura 27. Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Psicología

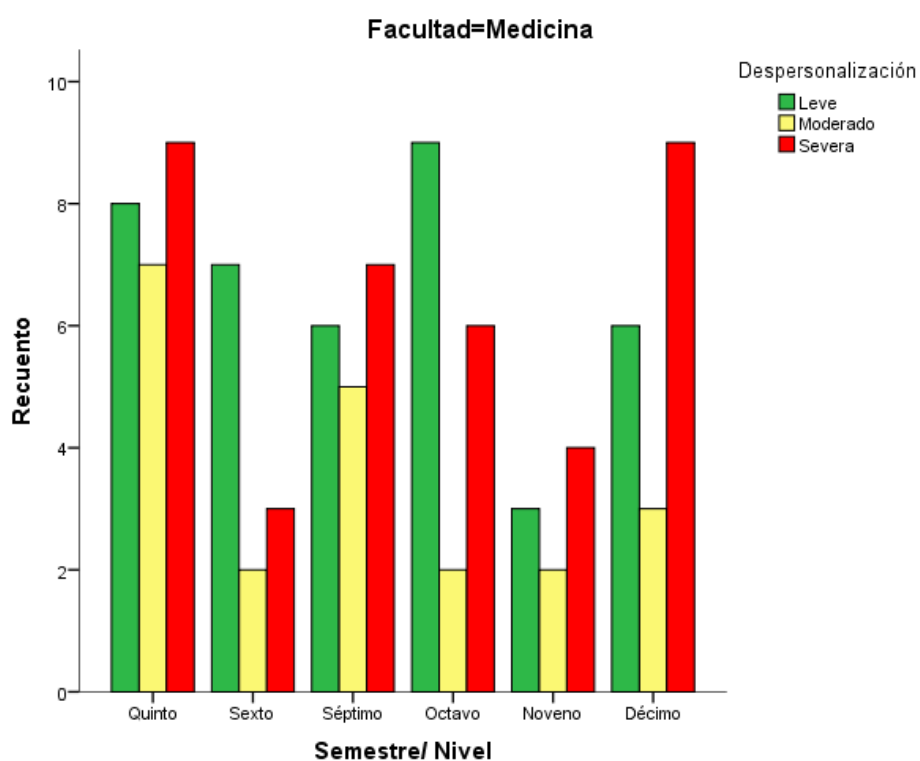


Figura 28. Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Medicina

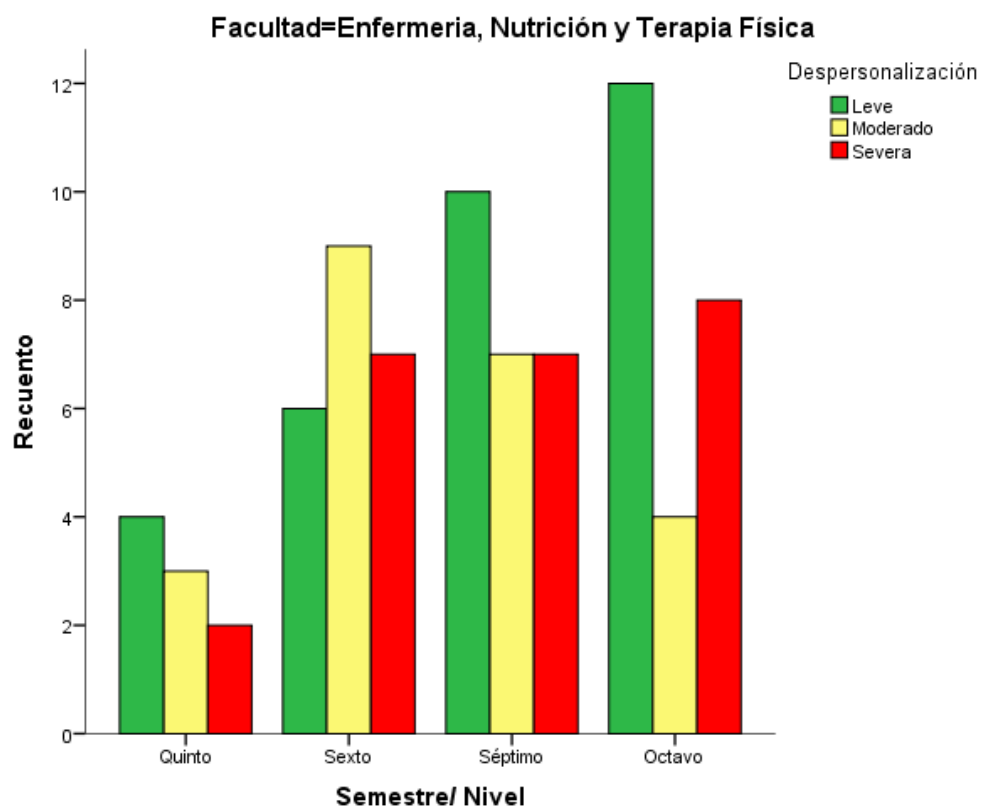


Figura 29. Porcentaje de DC por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

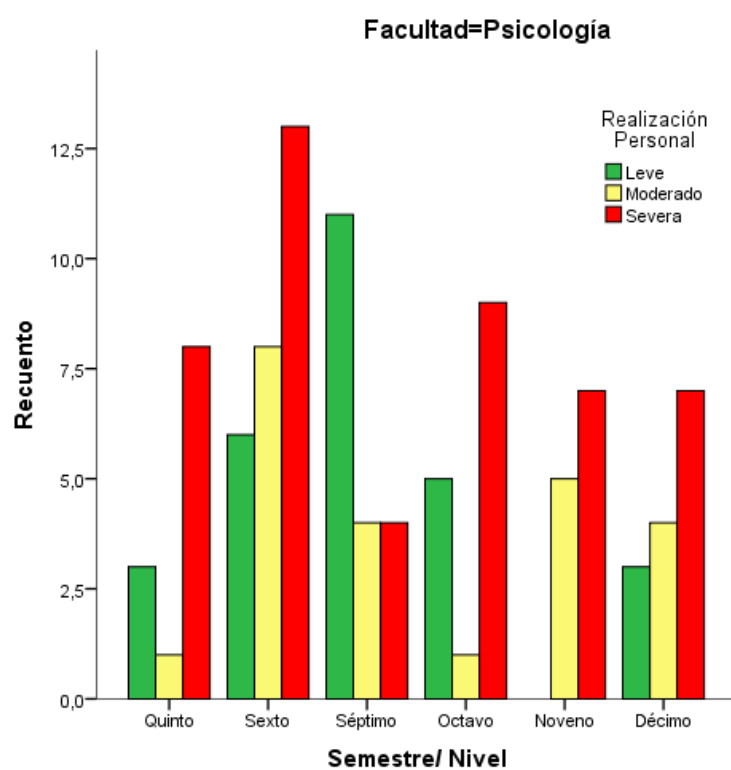


Figura 30. Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Psicología

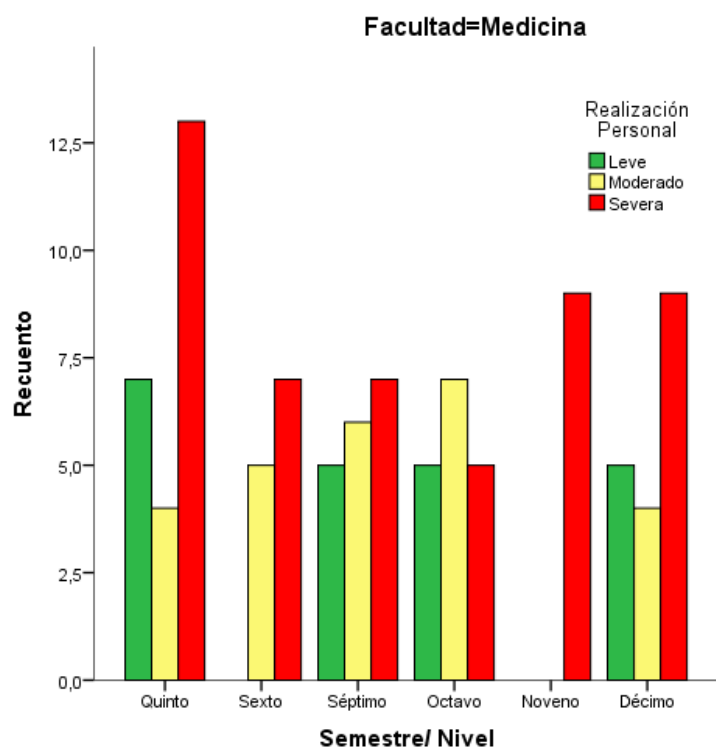


Figura 31. Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Medicina

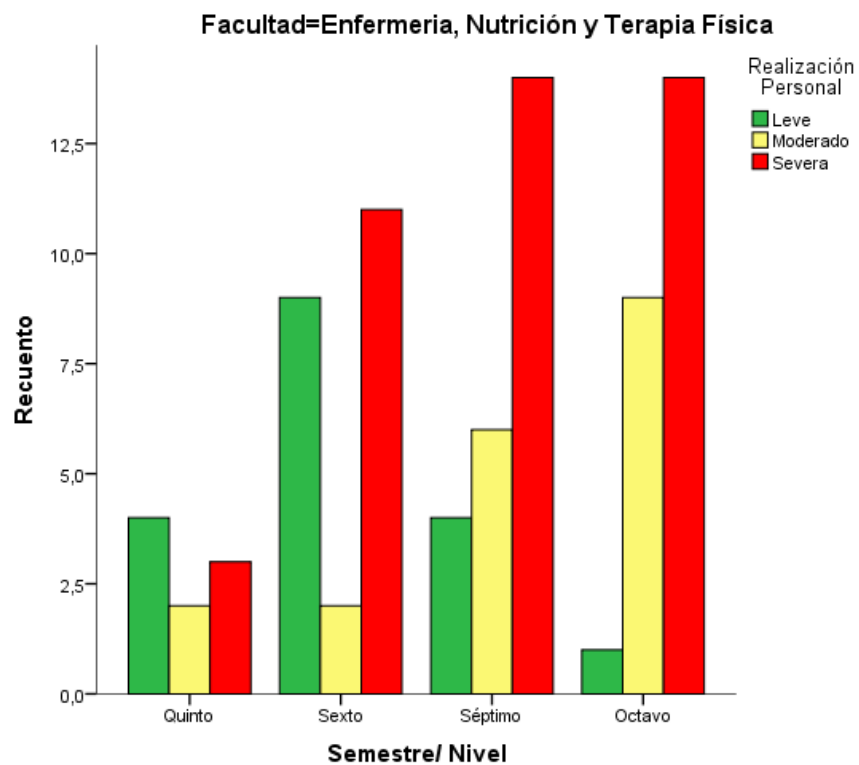


Figura 32. Porcentaje de RP por semestres en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

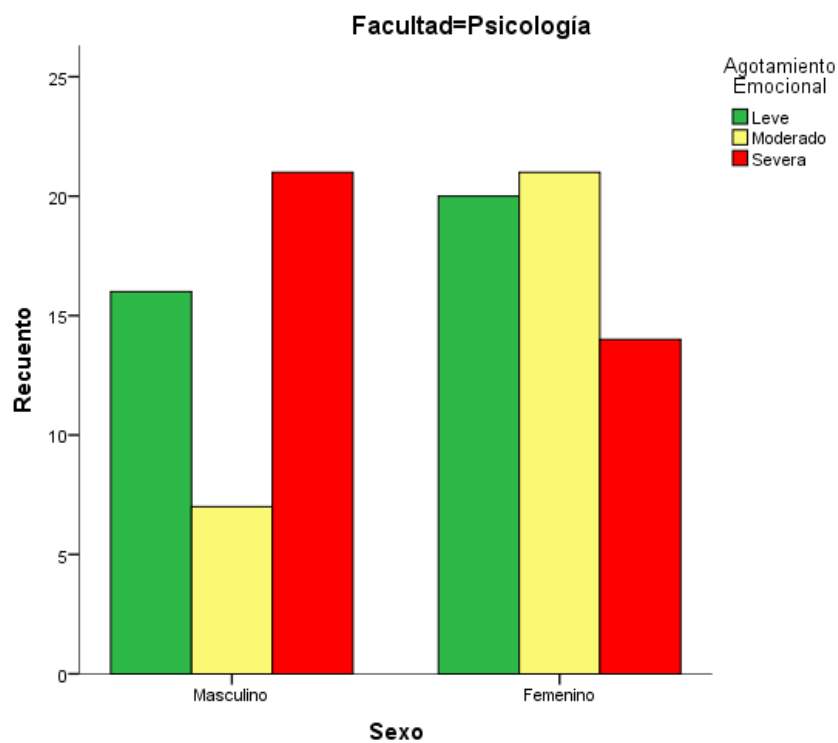


Figura 33. Porcentaje de AE por sexo en la facultad de Psicología

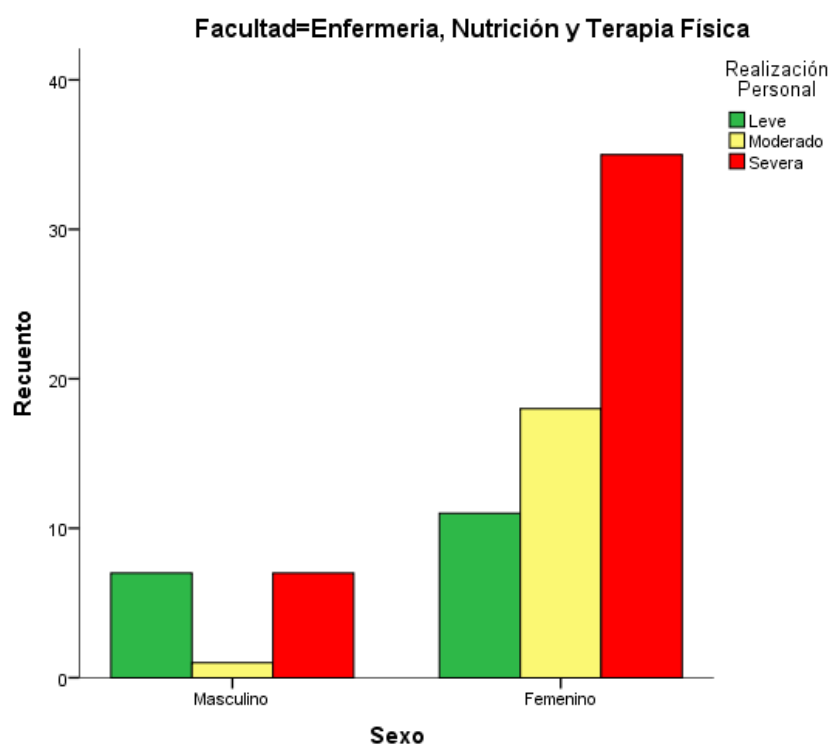


Figura 34. Porcentaje de RP por sexo en la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia Física

CAPÍTULO X

10. ANEXOS

10.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Investigador principal: Pamela Herrera Ormaza

Documento de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres estudiantes de las facultades de Psicología, Medicina y Enfermería nutrición y terapia física de la Pontificia Universidad católica del Ecuador, que deseen participar en esta investigación.

Investigador Principal: Pamela Herrera

Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Estudio comparativo de Prevalencia de síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado de facultades de Psicología y Medicina matriculados de quinto a decimo nivel y de la facultad de Enfermería, Nutrición y Terapia física cursando de quinto al octavo semestre, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, durante el periodo de junio a julio de 2016.

Introducción

Soy Pamela Herrera, soy egresada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando la prevalencia de síndrome de desgaste laboral-académico en las facultades de Psicología, Medicina, enfermería, nutrición y terapia física, síndrome que es muy común en estudiantes y profesionales relacionados con la salud. Para lo cual se realizara una encuesta (escala de Maslach) para la valoración de este síndrome. Cualquier pregunta que necesite puede hacerle al investigador, y su decisión de participar en este estudio puede hacerlo tomando su tiempo.

Propósito

El síndrome que estamos estudiando, se da por exposición prolongada al estrés ya sea por el trabajo académico como por el trabajo directo del sector sanitario. Lastimosamente durante este tiempo se han hecho estudios sobre la prevalencia en hospitales y en la universidad solamente en la facultad de medicina y Enfermería, nutrición y terapia física, excluyendo a los psicólogos, por lo que quiero verificar que la facultad de psicología también tiene mucho riesgo de presentar este síndrome , ya que al

igual que las otras facultades se tiene contacto con pacientes psicológicamente “enfermos” y en el caso de las otras facultades contacto con pacientes físicamente “enfermos”.

Esta investigación se hará realizando una encuesta, que valora la escala de Maslach que es una escala para diagnóstico de este síndrome

Selección de participantes

Estamos invitando a estudiantes de facultades de Psicología, Medicina matriculados de quinto a décimo semestre y Enfermería, nutrición y terapia física cursando de quinto a octavo semestre en la Pontificia Universidad del Ecuador.

Su participación en estas investigaciones totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Confidencialidad

Este estudio será anónimo, al analizar datos no se manejará nombres de los estudiantes, se proporcionará números a cada encuesta en vez de su nombre. No se compartirá los resultados, ni la identidad de los pacientes, con personas fuera de la investigación, ni con los tutores relacionados con esta investigación.

Compartiendo los Resultados

Este estudio valorará prevalencia del síndrome de Burnout y sus asociaciones. Una vez terminado el estudio los resultados se enviarán a la dirección general de estudiantes de la PUCE, por solicitud directa de este departamento.

Usted tiene derecho a negarse o retirarse de esta investigación.

A Quién Contactar

Si usted tiene preguntas sobre la investigación por favor contactarse con Pamela Herrera Ormaza

Teléfono: 0983965962 / 3806221

Dirección: El Limonar III Pamplona S13-137 y Santander. Vía a Lumbisí

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por nombre del subcomité de bioética de la PUCE, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

Consentimiento informado

He sido invitado a participar en la investigación de síndrome de desgaste laboral y académico. Entiendo que debo llenar una encuesta. He sido informado sobre el síndrome y la escala que se usará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y teléfono que se me ha dado de esa persona.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Acepto
- ☐ NO Acepto

Número de Cédula *

10.2. ENCUESTA

Esta encuesta es para definir la prevalencia de síndrome de desgaste laboral o síndrome de Burnout académico en las facultades de Medicina, Psicología y Enfermería, Nutrición y Terapia Física de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Este síndrome se da por exposición prolongada al estrés ya sea por el trabajo académico como por el trabajo directo del sector sanitario, por lo que se solicita total sinceridad al responder esta encuesta. De ser solicitado por usted, los resultados de esta encuesta serán reportados únicamente a usted.

BLOQUE 1: Información personal

Sexo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

Edad (años cumplidos) *

Carrera *

Marca solo un óvalo.

- ☐ ENFERMERÍA
- ☐ NUTRICIÓN

- ☐ TERAPIA FÍSICA
- ☐ MEDICINA
- ☐ PSICOLOGÍA

Semestre que cursa *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 5° semestre
- ☐ 6° semestre
- ☐ 7° semestre
- ☐ 8° semestre
- ☐ 9° semestre
- ☐ 10° semestre

Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Soltero
- ☐ Casado
- ☐ Divorciado
- ☐ Unión Libre
- ☐ Viudo

Tiene hijos *

Marca solo un óvalo.

- ☐ SI

- ☐ NO

Número de hijos si los tiene

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 o más

Padece alguna enfermedad crónica *

Marca solo un óvalo.

- ☐ SI
- ☐ NO

Tipo de enfermedad crónica que padece

Marca solo un óvalo.

- ☐ Enfermedad metabólica (diabetes, hipotiroidismo, hipertensión arterial, insuficiencia renal)
- ☐ Enfermedad reumática
- ☐ Discapacidad física o intelectual
- ☐ Patología psicológica o psiquiátrica (depresión, bipolaridad, atención dispersa, dislexia, etc)

Usted vive *

Marca solo un óvalo.

- ☐ SOLO
- ☐ CON FAMILIA DIRECTA (padres)

- ☐ CON FAMILIA INDIRECTA (tíos o abuelos o primos o hermanos, etc...)
- ☐ EN RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Trabaja (fuera de prácticas universitarias) *

Marca solo un óvalo.

- ☐ SI
- ☐ NO

Usted considera que sus prácticas preprofesionales son: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ TRABAJO NETAMENTE PSICOLÓGICO
- ☐ TRABAJO Y PROCEDIMIENTOS FÍSICOS-BIOLÓGICOS

BLOQUE 2: Escala de Maslach (1982)

Sección sin título

BLOQUE 2: Escala de Maslach (1982)

*

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
ME SIENTO EMOCIONALMENTE AGOTADO POR MIS ESTUDIOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO CANSADO AL FINAL DE LA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
JORNADA DE ESTUDIO							
ME SIENTO FATIGADO CUANDO ME LEVANTO POR LA MAÑANA Y TENGO QUE IR A ESTUDIAR.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPRENDO FÁCILMENTE COMO SE SIENTEN LOS PACIENTES / COMPAÑEROS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRATO A ALGUNOS PACIENTES / COMPAÑEROS COMO SI FUERAN OBJETOS IMPERSONALES.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESTUDIAR TODO EL DÍA CON MUCHA GENTE ES UN ESFUERZO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRATO MUY EFICAZMENTE LOS PROBLEMAS DE LOS PACIENTES / COMPAÑEROS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO "QUEMADO" POR MIS ESTUDIOS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREO QUE INFLUYO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
POSITIVAMENTE CON MIS ESTUDIOS EN LA VIDA DE LAS PERSONAS.							
ME HE VUELTO MÁS INSENSIBLE CON LA GENTE DESDE QUE EJERZO ESTA PROFESIÓN / TAREA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME PREOCUPA EL HECHO DE QUE ESTA CARRERA ME ENDUREZCA EMOCIONALMENTE.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO MUY ACTIVO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO FRUSTRADO EN MIS ESTUDIOS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CREO QUE ESTOY ESTUDIANDO DEMASIADO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REALMENTE NO ME PREOCUPA LO QUE LE OCURRE A MIS PACIENTES / COMPAÑEROS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRABAJAR DIRECTAMENTE CON PERSONAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
ME PRODUCE ESTRÉS.							
PUEDO CREAR FÁCILMENTE UNA ATMÓSFERA RELAJADA CON MIS PACIENTES / COMPAÑEROS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO ESTIMULADO DESPUÉS DE TRABAJAR CON MIS PACIENTES / COMPAÑEROS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HE CONSEGUIDO MUCHAS COSAS ÚTILES EN MI PROFESIÓN / TAREA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ME SIENTO ACABADO.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EN MIS ESTUDIOS TRATO LOS PROBLEMAS EMOCIONALES CON MUCHA CALMA.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SIENTO QUE LOS PACIENTES / COMPAÑEROS ME CULPAN POR ALGUNO DE SUS PROBLEMAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

